С.-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В. М. Бехтерева

Гюнтер Аммон

ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Санкт-Петербург
1995

Гюнтер Аммон. Динамическая психиатрия, изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995, с. 200.

Гюнтер Аммон, известный немецкий психиатр и психотерапевт, предлагает книгу “Динамическая психиатрия”, выдержавшую в Германии два издания.

Динамическая психиатрия дает ядро понимания психических заболеваний и соответствующих возможностей терапии в семейной группе, в актуальной жизненной ситуации, в ситуации диагностического обследования. Врач должен не только поставить диагноз, но и подробно обосновать его. С точки зрения динамической психиатрии рассматриваются проблемы шизофрении, депрессии, пограничной психиатрии, психосоматики и др. В книге исследуется психоаналитическая групповая психотерапия, даны статистические данные, предложен ряд реформ в преобразовании психиатрии.

Книга предназначена для врачей-психиатров и медицинских психологов, имеющих подготовку в области теории и практики психоанализа (или знакомых с психоаналитической терминологией).

Для облегчения восприятия текста книги Г. Аммона в конце публикуется глоссарий его сотрудника Э. Фабиана.

Перевод и научная редакция *В. Д. Вида*

Günter Ammon

Kindler Verlag.
München. 1980

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Крупнейший немецкий ученый—психиатр Г. Аммон родился в 1918 г. в столице Германии. Являлся психиатром, неврологом, психотерапевтом и специалистом по психоанализу. Был одним из основателей целостной гуманистической динамической психиатрии и президентом Всемирной Ассоциации Динамической Психиатрии. Свою деятельность он осуществлял в Берлинском исследовательском институте, психиатрической клинике Ментершвайге в Мюнхене и Центре конференций немецкой Академии Психоанализа в Южной Италии. Предварительно он тщательно изучал медицину, а также психологию, философию, антропологию и археологию в Берлине, психоанализ — в Берлине в Топике (США — Меннингеровский Фонд, где он работал десять лет). Глубокая любовь к человеку и холистическое (целостное) мышление заставили Г. Аммона постоянно искать пути к побуждению в пациентах творческого потенциала, заложенного в каждом. Не случайно в молодости он принимал участие в сопротивлении нацистскому режиму. Г. Аммон всегда выступал за мир и права человека. Его научные контакты во многих

странах Запада и Востока сделали ученого послом гуманистического образа человека. В последнее десятилетие Г. Аммон и его ученики работали совместно со специалистами института им. В. М. Бехтерева. Широта и полнота его образа человека имеет свое обоснование в многолетнем интересе к культурам прошлого и настоящего, являясь основой созданной им лечебной методики для тяжело психически больных людей. Г. Аммон издавал и редактировал международный журнал “Динамическая психиатрия”. Кроме предлагаемой читателю книги “Динамическая психиатрия” его перу принадлежит множество книг и статей, в том числе “Психоанализ и психосоматика”, 1974, “Справочник динамической психиатрии т. I, II, 1978—1982 гг. и др.

Поскольку Г. Аммон шел новыми путями в психиатрии и психоанализе, он считался наиболее прогрессивным, но также и наиболее оспариваемым психиатром в ФРГ.

25—29 октября 1994г. в институте им. В. М. Бехтерева был проведен 10-й конгресс Всемирной Ассоциации динамической психиатрии (ВАДП) с участием Немецкой Академии психоанализа (НАП). К большому сожалению это был последний конгресс при жизни Г. Аммона и настоящая книга выходит уже после его кончины, последовавшей 3 сентября 1995 года в Берлине.

В качестве приложения к монографии д-ра Аммона мы публикуем глоссарий его сотрудника доктора Э. Фабиана, который поможет читателю лучше понять сложный язык текста, насыщенный специальными терминами.

Директор института им. В. М. Бехтерева
профессор М. М. Кабанов

1. ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

История одного из человеческих меньшинств — психически больных —до сего дня остается историей предрассудков и бесчеловечности.

Психическое заболевание все еще связано с негативным отношением общества, с изоляцией и пренебрежением. Общество избавляет себя от ответственности за своих психически больных сограждан, отсекая их от общества, лишая дееспособности, наказывая потерей социального положения, гражданских прав, свободы, достоинства и, наконец, забывая о них.

Положение психически больных

Бедственное положение психически больных, предрассудки, от которых они страдают, условия, в которых они живут и равнодушие, с которым они сталкиваются, в последние годы все более становится общественной проблемой, вызывая споры, которые в некотором отношении можно обозначить как исторический поворот.

Интерес к положению психически больных и к состоянию психиатрии был вызван тревожным несоответствием между психиатрической морбидностью в населении и недостаточностью учреждений современного обслуживания психически больных.

Несколько цифр для иллюстрации ужасающего состояния:

1. По меньшей мере 50% из 12 миллионов пациентов, которые ежегодно обращаются к врачу, являются больными т. н. “функциональными расстройствами”, т. е. страдают психосоматическими заболеваниями (de Boor, 1965; Mitscherlich, 1966).

2. По меньшей мере 10—15% населения один раз в своей жизни нуждаются в психотерапевтической помощи. Для ФРГ это 6—9 миллионов людей. Эта цифра в сравнимых странах еще выше — не менее 20% нуждающихся в лечении (Srole, 1962).

3. 2—3% населения однажды в жизни заболевают манифестной психотической реакцией. Для ФРГ это 1,2—1,8 миллионов людей, а для такого большого города как Западный Берлин — по меньшей мере 200 000 человек. 1% населения заболевает шизофренией.

4. Сюда относится растущее число наркологических больных. Число только официально зарегистрированных алкоголиков в ФРГ составляет 500 000. Действительное их число безусловно значительно выше и постоянно увеличивается.

По сообщению федерального правительства (1971), в ФРГ и Западном Берлине имеется 2,5 миллиона лиц с риском появления пристрастия к наркотическим средствам в возрасте 15—25 лет. 250 000 подростков употребляют наркотики и 50 000—120 000 являются наркоманами. В Западном Берлине потребление наркотиков молодежью за 1965-1970 гг. увеличилось в 12 раз (Bschor, 1971).

Сюда относится также то обстоятельство, что потребление психофармакологических средств резко возрастает. В 1968 г. в ФРГ было прописано 30 миллионов упаковок формирующих пристрастие барбитуратов, а препарат седуксен в 1970 г. уже стоял на четвертом месте среди наиболее употребляемых медикаментов.

5. Ежегодно делается около 50 000 попыток самоубийства, по оценкам же Бохумского университета

истинная цифра по меньшей мере вдвое больше.

6. Потрясает статистика дурного обращения с детьми. Ежегодно в ФРГ около 90 детей погибает от рук родителей. Истинная цифра, по всей вероятности, в 10 раз больше. Около 6500 детей ежегодно оказываются беспризорными.

7. Проблема возрастных психиатрических заболеваний становится все более насущной и существенно влияет на психиатрическое обслуживание. К этой категории относится около 8% лиц в возрасте свыше 65 лет.

8. Наконец, сюда относятся психические заболевания на почве органического поражения головного мозга и группа лиц с умственной отсталостью.

Уже такой беглый обзор делает отчетливым тот факт, что психические нарушения в нашем обществе приняли размах, который делает их тяжелой социальной проблемой. Полная несостоятельность существующих учреждений психиатрического обслуживания делает эту ситуацию "национальным бедствием" (Häfner, 1967).

Мы стоим перед фактом, что громадной группе психически больных и нуждающихся в лечении предоставлены ничтожные на данный момент возможности обслуживания — профилактики, лечения и реабилитации.

Это могут проиллюстрировать следующие данные:

1. На 6—9 миллионов нуждающихся в психотерапии в ФРГ и Западном Берлине имеется около 600 подготовленных психотерапевтов, которые занимаются преимущественно лечением неврозов.

2. Из 2500 психиатров в ФРГ около половины имеет свою частную практику. На этом, в основном, основано амбулаторное обслуживание психически больных. Лишь немногие из них имеют психотерапевтическую подготовку.

3. Стационарным обслуживанием психически больных занимается почти исключительно 68 психиатрических больниц, интернирующих громадные массы больных преимущественно в сельской изоляции.

Сейчас по данным адресного справочника больниц 1970 г. в ФРГ насчитывается 115 000 т. н. психиатрических коек, таким образом, на 1000 населения приходится 1,84 койки. ФРГ далеко отстает здесь от сравнимых стран. В Швейцарии, Швеции, Англии и США на 1000 населения приходится 3,5—4 койки.

Но именно в психиатрии количество одних только коек на душу населения вряд ли является достаточным показателем работы здравоохранения, поскольку психически больные в основном не нуждаются в постельном режиме. Для большинства государственных психиатрических больниц характерно то, что было установлено немецким обществом невропатологов и психиатров в "Плане обслуживания психически больных в ФРГ" 11971 г.); "Имеющиеся психиатрические больницы, в которых стационарно обслуживается большая часть психически больных, перегружены и переполнены, имеют недостаточное количество персонала и находятся в обветшалом состоянии".

Таким образом, не редкостью является то, что врач должен обслуживать до 200 больных, в среднем — 125. В соматических больницах 1 врач приходится на 18 больных.

Не хватает и медперсонала. В среднем один работник обслуживает одновременно 15 пациентов. Очевидно, что медсестры и санитары уже поэтому вынуждены ограничиться рутинным поддержанием спокойствия и порядка.

Это имеет большее значение, так как врачи, перегруженные канцелярской работой, ежедневно могут посвятить каждому больному не более 4 минут. Во время, когда пациенты охраняются звенящим ключами персоналом, 1 психолог обслуживает 618 больных, 1 специалист по терапии занятостью — 455 больных и 1 социальный работник заботится о социальных проблемах 715 стационированных и выписанных больных (Degkwitz, 1971).

4. Примерно 50—70% всех пациентов принудительно госпитализируются в государственные психиатрические больницы. ФРГ имеет здесь печальный рекорд. В Англии, где уже 10 лет происходит основательная реформа системы больничной психиатрии, сегодня принудительные госпитализации составляют 3% от всех поступлений.

В ФРГ с 1971 г. существует законодательство, согласно которому каждый принудительно госпитализированный пациент пожизненно ставится на учет — мероприятие, введенное несмотря на многочисленные протесты и входящее в длинный список социальной дискриминации, которой подвергаются больные.

5. Кадры медперсонала для психически больных составляют менее половины кадрового состава, предусмотренного законодательством для соматически больных.

Эти краткие указания обозначают социальную катастрофу, размер которой трудно преувеличить.

Поэтому следует всецело приветствовать, что в последние годы бедственное положение психически больных впервые стало достоянием гласности и проблемой общества.

Весной 1970 г. бундестаг впервые с момента своего существования занялся положением психически больных в нашем обществе и озадаченно констатировал ужасающее отставании психиатрического обслуживания. Через несколько месяцев проблема "Улучшения помощи психически больным и инвалидам" стояла на повестке дня съезда немецких врачей — впервые за почти столетнюю историю этого учреждения. С этих пор ситуация в психиатрии не перестает быть темой общественной дискуссии.

Комиссия бундестага по делам молодежи, семьи и здоровья начала в октябре 1970 г. с ряда открытых слушаний видных психиатров-экспертов, чтобы получить первую и основополагающую информацию о положении психически больных и немецкой психиатрии. На основе рабочих результатов этой комиссии бундестаг в январе 1971 г. обратился к правительству с требованием провести подробное расследование развития и актуального состояния психиатрического обслуживания в ФРГ и Западном Берлине. Федеральное правительство созвало затем комиссию экспертов "для разработки проекта реформы положения психиатрии в ФРГ", начавшую свою работу в августе 1971 г. В ноябре 1970 г. тогдашний президент немецкого общества невропатологов и психиатров на ежегодном конгрессе этого общества заявил, что благодаря инициативе парламента "психиатрия стала политикой" и ее реформа, наконец, признается как "первоочередная задача нашей медицинской и социальной политики".

Понимание себя официальной психиатрией как препятствие реформам

Следует безоговорочно приветствовать тот факт, что бедственное состояние психически больных в нашем обществе и неудовлетворительное их обслуживание — результат того, что "психиатрия стала политикой". Именно вытеснение проблематики психических заболеваний из поля зрения общественного интереса является одним из главных препятствий давно назревшей внутренней и внешней реформы.

С другой стороны, с таким ходом событий связана также опасность, что психиатрия сама хочет понять свои собственные проблемы лишь как проблемы общества и тем самым как по-литические проблемы, которые затем "стратегически" обсуждаются.

Так, например, Kulenkampff (1970), один из выдающихся представителей психиатрии реформ, сформулировал в качестве основной проблемы давно назревшей структурной реформы "что должно стать из отсталого громадного комплекса психиатрических больниц" и в этой связи комментировал альтернативу— "деструкция или отстройка ареалов обособления":

"Хотим ли мы любой ценой провести в жизнь психиатрию, высоко вышколенную в отношении профилактики и реабилитации, психиатрию, которая вторгается в общество и целью которой является предотвращение или сокращение госпитализации?" Такая стратегия должна, по мнению Kulenkampff, "в перспективе редуцировать осадок задержавшихся надолго гостей в психиатрических больницах до твердого ядра тех, кому там действительно место".

Другая возможность состояла бы в том, чтобы придерживаться той точки зрения, что "слабых и больных не всегда следует подвергать реадаптации, своего рода вышвыриванию назад в общество, ориентированное на продуктивность и жестко требующее от них как раз того, что они дать не могут". Это означало бы, что мы должны не только создавать, но и гуманизировать резерваты, культивируя их как защитные зоны с дифференцированным жизненным пространством и собственными возможностями производственной занятости". Kulenkampff отчетливо понимает эту альтернативу как "политическую альтернативу", за которой видится общая проблема: "хотело бы общество в первую очередь интегративно организовывать и уберегать своих сумасшедших, или оно допускает эмансипацию этих сумасшедших и принимает их, какими они есть".

По-моему, эта стратегическая постановка вопроса идет по касательной к затрагиваемой проблеме. Главный вопрос структурной психиатрической реформы — не то, что общество хочет сделать с меньшинством психически больных, хочет ли оно больных интегративно организовать, или принять их в качестве сумасшедших. Основной вопрос скорее в том, как сама психиатрия понимает свое отношение к доверяемым ей пациентам. Не то, как общество в целом думает о своих психически больных, а как психиатры понимают болезни своих пациентов и как ведут себя по отношению к ним, является, с моей точки зрения, решающей проблемой. Ибо бедственное положение психически больных в нашем обществе имеет причиной не только финансовую, организационную, инфраструктурную и кадровую недостаточность психиатрического обслуживания, и не только предрассудки и боязливую отстраненность, с которой т. н. общественность встречает больного; главным препятствием на пути давно назревшей реформы и, тем самым, изменения ситуации к лучшему является практика и понимание себя официальной немецкой психиатрией, которая сама в значительной мере несет в себе предрассудки, от которых страдает.

Это нуждается в более подробном разъяснении. Практика и понимание себя традиционной психиатрией непосредственно связаны с большими психиатрическими учреждениями, "ареалами обособления", в которых общество интернирует человеческое меньшинство — психически больных.

Психиатрия не изобрела эти учреждения, она нашла своих пациентов уже в качестве заключенных в тюрьмах, в которых они содержались примерно с середины 17 в. вместе со всеми другими, т. н. асоциальными элементами. В ходе своего развития в 18 и 19 вв. психиатрия лишь заботилась о дифференцировке этих заведений и добилась того, что психически больные были отделены в качестве особой группы от прочих заключенных и помещены в собственные заведения.

Этот значительный эмансипаторный шаг, состоявший в том, что помешанные были признаны больными людьми, подлежавшими лечению, был сначала, в особенности при Philippe Pinel (1745—1826), связан с терапевтической программой, центральным инструментом которой было само заведение, представлявшее морально поддерживающую терапевтическую среду.

Постепенно утвердившееся в ходе 19 в. естественнонаучное сужение представления о психическом

заболевании все больше и больше игнорировало этот ранний подход. Больничная психиатрия, которая в Германии вплоть до 1860 г. определяла развитие психиатрии в смысле прогрессивно-эмансипаторной антропологии, пришла в упадок после воцарения естественнонаучной, медицинской, т. е. нейропсихиатрически акцентуированной университетской психиатрии, и потеряла практически полностью свои первоначально терапевтические тенденции.

В результате господства мышления тогдашней медицины психические заболевания рассматривались как группа нозологических единиц, представление о которых должно было получаться на основе объективированного наблюдения индивидуальной симптоматики. Нозологические единицы могли отличаться по формам их течения, однако оставались вне терапии, поскольку предполагаемая соматическая этиология, над выявлением которой билась нейропсихиатрия, оставалась неизвестной.

Эта система взглядов кульминировала в обширной нозологической системе крепелиновской психиатрии, которая вплоть до сего дня столь капитально господствует в психиатрической терминологии, что немецкий язык считается родным языком психиатрии (Fish, 1962; Szasz, 1961).

Основа этой психиатрии — и в плане нашей темы это особенно важно — является история болезни, а не история больного. Болезнь в этой связи принимает прямо-таки мифологический характер. Она становится, как это подчеркивал Foucault (1954) в научно-теоретическом исследовании, “специфической сущностью, обнаруживаемой по симптомам, в которых она проявляется, но существовавшей раньше них и в известной мере независимой от них”.

Абстрактность этого “предрассудка сущности” компенсируется за счет введения естественно-биологического постулата, поднимающего болезнь “до уровня ботанических видов” и исходящего из того, что “за многообразием симптомов предположительная нозологическая единица определяется постоянными признаками и разделенными на подгруппы подвидами”.

Сам больной предстает на фоне этой нозологической единицы лишь как деперсонализированный носитель болезни, что мало отличается от того, что раньше он считался деперсонализированным носителем злого духа или просто асоциальности. Защита общества от этого носителя вновь становится доминирующим мотивом психиатрии. Возникает задача — защитить “народ” от болезни путем своевременной изоляции носителей болезни и воспрепятствования их размножению, т. е. распространению болезни.

Особую значимость приобретает поэтому диагноз, который служит своевременной идентификации болезни и ее носителя. Нозологическая система служит идентификации нозологической единицы с помощью диагноза, не дающего никаких опорных пунктов для терапии. Психиатрическое учреждение тем самым вновь становится просто местом содержания, интернирования пациентов, приговоренных диагнозом к этому в большинстве случаев пожизненно.

Крепелиновская психиатрия пронизана абсолютным терапевтическим нигилизмом. Крепелин, который — что интересно— был основателем фармакопсихиатрии и первым привлекал к своим исследованиям экспериментально-психологические методы, до конца жизни категорически отвергал психодинамические механизмы.

Психопатологический процесс для него недоступен пониманию по определению. Jaspers (1946) удачно заметил по этому поводу, что “отличный отчасти психологический анализ в его учебнике удавался ему как бы помимо его воли; он считал его предварительным заполнением пустот, пока все не сделают объективным эксперимент, микроскоп и пробирка”. Такое понимание до сего дня сохранило существенные последствия для практики и самовосприятия психиатрии. Пинель в конце 18 в. освободил умалишенных из тюрем в качестве психически больных людей и снял с них цепи. Психиатрическое заведение он представлял и использовал его как инструмент терапии. Сто лет спустя, однако, больница вновь стала просто местом интернирования человеческого меньшинства, теперь медицински обозначенного как носителя заболевания.

Насколько спаяна крепелиновская психиатрия с больничной обстановкой, из которой вышла, становится ясно, когда мы изучаем функцию ее решающих позиций для практики психиатрии.

Объективация пациента в качестве просто носителя болезни, результирующая из этого догма о недоступности понимания его поведения, миф о неудержимо распространяющейся нозологической единице, которая, так сказать, разрушает своего носителя, и неизвестная соматическая этиология, которая отсылает целенаправленную терапию в область невозможного, — все эти позиции являются, с моей точки зрения, выражением его естественно-научной рационализирующей психологической защиты от жизненной действительности психически больного. Они по сути формулируют защитное значение, позволяющее врачу установить между собой и пациентом непреодолимую дистанцию. Они имеют для психиатра ту же функцию,, которую выполняли стены и решетки, леса и болота, которыми общество отгораживалось от человеческого меньшинства психически больных. Они служат вычленению и изоляции психически больных — человеческого страдания, которое они олицетворяют. Иными словами: эти позиции означают научно рационализированный предрассудок. Как таковые они являются непосредственной составной частью того окаменелого общественного предрассудка, который психиатрические заведения олицетворяют по отношению к своим заключенным.

Совершенно отчетливым это становится в преобладании диагноза. Диагноз решает, кто должен находиться в больнице, и кто нет. Он приобретает власть, патогенная динамика которого постоянно подчеркивалась Menninger (1963), за счет того, что сам представляет стену, которая отделяет лишенного прав пациента от общества.

Психиатрические учреждения

Наш анализ парадигмы официальной психиатрии, определяющей до сего дня понимание себя многими психиатрами, ведет нас к действительности учреждений традиционной кустодиальной психиатрии.

Goffman (1961) подверг эти учреждения глубокому социологическому рассмотрению, которое мы воспроизводим ниже. Он описал больницы как "тоталитарные учреждения", служащие содержанию лиц, "относительно которых предполагается, что они не способны заботиться о самих себе и представляют — хотя и ненамеренную — угрозу для общества". Их тоталитарный характер проявляется в почти герметической изоляции от окружающего общества, или в ригидной регламентации ограниченного контакта с ним. Эта регламентация на границе с обществом соответствует регулированию почти всех проявлений жизни внутри тоталитарного учреждения.

Решающим признаком для динамики этих учреждений является "фундаментальное разделение между большой управляемой группой заключенных с одной стороны, и менее многочисленным надзирающим персоналом — с другой". "Заключенные" идентифицируются как таковые с помощью диагноза. Они живут в учреждении и имеют ограниченный контакт с внешним миром. Персонал, напротив, социально интегрирован и не привязан к учреждению в этом узком смысле. Он дифференцируется функциональными и ранговыми обозначениями. "Между обеими группами существует большая, часто формально предписанная дистанция". С другой стороны, между ними существует сильное аффективное напряжение: "Каждая из обеих групп видит другую через очки узких, враждебных стереотипов. Персонал часто воспринимает заключенных озлобленными, замкнутыми и недостойными доверия, в то время, как заключенные часто видят членов персонала высокомерными и подлыми. Персонал держится свысока и считает, что право на его стороне, в то время, как заключенные — по меньшей мере, в некотором отношении — чувствуют себя подавляемыми, более слабыми, достойными порицания и виноватыми".

Это напряжение становится конфликтом, поскольку персонал понимает свою деятельность как уход за людьми, которые не в состоянии адекватно выразить свои потребности и удовлетворить их в рамках обычных форм взаимодействия, в то время, как группа заключенных на своем опыте постигает, что она должна за уход персонала заплатить "унижением и оскорблением достоинства", которые Goffman понимает как "элементарные и прямые нападки на "Я"" больных. Эти нападки осуществляются прежде всего во время поступления, которое з большинстве случаев демонстрирует все аспекты активной деперсонализации нового заключенного, строго отнимая у него такие атрибуты личности, как социальная роль, одежда, собственность, интимность и т. д. Все эти атрибуты забираются у лишаемого диагнозом дееспособнооcти так, как будто он узурпировал их противоправно. Все это происходит во имя заботы о нем и в сознании служения этой заботе.

Goffman описывает специфические техники обеих групп тотальных учреждений, используемые для вытеснения и избегания конфликта между ними. Заключенные учатся в ходе "моральной карьеры" формировать себя как пациентов. С помощью "вторичного приспособления" они подчиняются бюрократическим правилам учреждения, разнообразно и провоцирующим образом нарушая их лишь в мелочах, остающихся без последствий. Персонал учится интерпретировать все моменты в поведении заключенных, не соответствующие бюрократическому регламенту учреждения, как подтверждение невменяемости заключенных, и тем самым вновь и вновь находить свое поведение оправданным. Результатом является с одной стороны полная инфантилизация заключенных, с другой,— чрезмерная ригидность ролевого поведения надзирающего персонала. Обе группы специфическим образом подчиняются тем самым структуре "тотального учреждения".

Описанная Goffman в виде идеальнотипической абстракции динамика приспособления в психиатрических учреждениях подтверждается каждым визитом в одну из традиционных больниц Мы различаем в этой динамике приспособления две тенденции

При благоприятном приспособлении пациенты подчиняются инфантилизирующему регламенту учреждения. Они учатся быть хорошими пациентами, примерно и "незаметно" следуют распоряжениям персонала, подтверждая тем самым, что его деятельность служит необходимой заботе о людях, которые неспособны помочь сами себе. Они в конце концов вознаграждаются за это чрезмерное приспособление к жизни в учреждении выпиской, после которой, вне психиатрической больницы, оказываются во власти такой же ригидной системы требований приспособления, которым они могут подчиняться. Часто поиск таких рамок заканчивается вновь клиникой и служит персоналу подтверждением теории "шуба психического заболевания".

При злокачественном приспособлении, напротив, возникает садо-мазохистская перепалка между пациентом и учреждением или персоналом. Эта садо-мазохистская перепалка с ее постоянной сменой агрессивно-провоцирующего протеста и пассивного подчинения связана для пациентов с психодинамически понятной вторичной выгодой от заболевания. Она позволяет им постоянно доказывать учреждению, персоналу, что они не могут удовлетворить потребности пациента, который, с другой стороны, без них не может обойтись.

В особенности отчетливой эта динамика становится при психотерапевтической работе с шизофренно реагирующими пациентами. Как только этим пациентам в ходе терапии удается конструктивной и ответственной работой преодолеть свой инфантильный страх и архаическую потребность зависимости, они отвечают за этот успех почти регулярно выраженным саморазрушающим поведением, которое вновь

демонстрирует терапевту или учреждению беспомощность пациента, и должно их принудить вновь взять на себя заботу о нем.

Большая опасность заключается в том, что концепция тотальных учреждений как места скопления недееспособных постоянно идет навстречу этой патологической динамике. Патологическая динамика в виде бессознательного синергизма постоянно ожидается и, тем самым, чаще всего провоцируется' для подкрепления собственного определения роли.

Благоприятное и злокачественное приспособления проявляют себя как две в основе своей однонаправленные формы “моральной карьеры” пациента. И “плохой пациент” является “хорошим пациентом”, поскольку вносит свой вклад в одновременное практикование патогенной динамики тотального учреждения и сокрытие ее от сознания участников. Бессознательная динамика приспособления в психиатрических учреждениях, делающая из пациентов больных, болезнь которых затем диагностируется, многократно описана. Главной проблемой необходимых перемен с моей точки зрения является то, что она коренится в структуре и рационализирующем понимании себя традиционной психиатрией.

Результатом этой динамики приспособления, действительной как для больного, так и для самой психиатрии, является поразительная обездвиженность психиатрических учреждений. Это в особенности характерно для немецкой психиатрии и постепенно становится проблемой в ФРГ.

Kulenkampff (1970) указал на то, что состояние современного психиатрического обслуживания буквально конфронтирует нас с положением дел в 19 в.

Почти все большие психиатрические больницы возникли в 19 в., во всяком случае при кайзере. К этому же времени относится институт частных психиатров. Традиционная государственная триада так называемых открытых социальных служб управления здравоохранением, заботой о семье и службой по делам молодежи, а также смежные, в основном благотворительные, службы также в течение более 50 лет мало изменились по структуре и пониманию себя. Даже катастрофа национал-социализма, в котором немецкая психиатрия прямо участвовала предательством самой себя и доверенных ей больных, не смогла потрясти институциональные основы немецкой психиатрии. И ни далекое от практики философско-экзистенциальное самоизучение, ни разнообразные мелкие реформы, перестройки и обновления послевоенного времени до сего дня не изменили институционные рамки психиатрии в ФРГ, они часто даже не задевали этих рамок.

Современная немецкая психиатрия имеет возраст 100 лет, н это, к сожалению, не преувеличение. Поэтому не удивляет, что бедственное положение, размеры которого я обрисовал вначале некоторыми цифрами, стоит сегодня перед нами прежде всего как проблема больших больниц, которые все менее способны соответствовать объемам и современным формам психических заболеваний в нашем обществе. Развитие современных соматических стратегий лечения, в особенности фармакотерапии в последние десятилетия, не устранило структурных проблем психиатрии, оно лишь эти проблемы одновременно усилило и осложнило. То обстоятельство, что с помощью медикаментозного лечения удалось сократить средний срок пребывания пациентов с 3—4 лет до 3—б месяцев, оказалось частью порочного круга. Психофармакологические средства, правда, изменили атмосферу больших больниц, поскольку сделали в основном излишними механические средства ограничения, как смирительная рубашка и другие пыточные инструменты. Они стал важной составной частью поверхностной “клинификации” старых больниц. С другой стороны кратковременная выписка лишь фармакологически стабилизированных пациентов привела к огромному росту числа регоспитализаций и повысил нагрузку по приему больных, которая пала на перегруженные психиатрические больницы. Практически полное отсутствие профилактических учреждений и средств амбулаторного наблюдения ускоряет водоворот этой “психиатрии вращающихся дверей”, как ее удачно назвал Winkler (1967). Этот порочны круг с моей точки зрения представляет собой лишь новую форму выражения прежней неподвижности кустодиальной психиатрии. Он, вероятно, представляет собой фон для сообщенного Huber наблюдения о том, что процент госпитализированных с т. н. эндогенными психозами демонстрирует тенденцию к снижению. Согласно исследованиям Mueller, он снизился за период 1936—1962 гг. с 50 до 32% (С. Н. Mueller, 1967). Этой интерпретации соответствует число первичных поступлений заболевших т. н. эндогенными психозами, снизившееся в сравнении с числом повторных поступлений. Возникающий в результате роста повторных поступлений усиленный приток больных придает психиатрическим больницам все больше характер главного перевязочного пункта на фронте, где большое количество остро заболевших в спешке возвращаются к жизни. Отчетливо это видно по ситуации приема, когда пациенты ввиду не достатка коек лежат на голых матрацах или в коридорах.

Особая ирония заключается в том, что это именно те отделения, где принимаются больные, чей “клинический характер" привлекается как оправдание переименования старых больниц в клиники. На самом деле ни переименование, ни фармакотерапия существенно не изменили характер старых больниц. Переименование делает возможным прежде всего незначительное увеличение врачебного персонала. Как и прежде, отделения для хронически больных, для пожилых и олигофренов, составляют большинство, а именно 60—70% всего объема психиатрических больниц. Кадровая ситуация в этих отделениях существенно не изменилась, она в ряде случаев ухудшилась, поскольку значительно возросшее число проходящих больных поглощает наличествующий врачебный и средний персонал.

Кадровые возможности больниц поэтому снижаются, клинический оборот увеличивается, терапевтические возможности в застое, если они вообще существуют. Ибо чисто симптоматологически работающая фармакотерапия может сделать терапию возможной, но никак не замещать ее. Это — ситуация,

которая описывается как нарастающее структурное искажение учреждений психиатрического обслуживания больных и которая делает противоречия структурно измененной психиатрии все более ощутимыми и, в конце концов, осознаваемыми.

Прежде чем я перейду к изложению практических следствий, которые мы должны вывести из описанной ситуации, я хотел бы вкратце резюмировать то, что дают предшествующие выкладки для постановки наших проблем.

Мы исходили из познания, что в первую очередь не общественность и ее предрассудки препятствуют реформе немецкой психиатрии в направлении гуманной и научной, т. е. терапевтически действенной психиатрии. Главным препятствием этой давно назревшей реформы нам кажется концепция немецкой университетской психиатрии, а также учрежденческих структур, которые проявляются в психиатрической науке в форме научных медицинских рационализации.

Анализ общей динамики "тотальных учреждений" и анализ их воспроизведения в догмах крепелиновской психиатрии позволил нам сделать отчетливой эту структурную связь на уровне идеальнотипической конструкции. Результат этой научно-теоретической и социологической дискуссии мы могли бы подытожить следующим образом: как психиатрическую больницу в виде тотального учреждения, так и основанную на деперсонализации больных и объективации их болезни крепелиновскую психиатрию мы можем понимать как выражение бессознательной защиты от жизненной действительности психически больных. Эта защита проявляется в непреодолимой дистанции, которая возводится между больным и обществом или психиатром.

В качестве решающего инструмента для возведения этой дистанции мы признали стигматизирующий диагноз, который с одной стороны служит обществу для вычленения и интернирования больных, с другой — традиционной психиатрии для мистификации их реальных действий, т. е. для сокрытия ее действительной практики во взаимодействии с психически больным.

Karl Menninger (1963) постоянно подчеркивал это. Он требовал от психиатра, чтобы он, пользуясь понятным языком, в действительности делал себя понятным для больных и своих коллег. "Напоминающие об охоте на ведьм обозначения как шизофрения, невроз, душевное заболевание, психопатическая личность в действительности им непонятны — как, впрочем, и никому. Их использование скрывает лишь незнание или недостаточное знание" (Karl Menninger, 1963). Он подчеркивал, что при диагностике, как и во всех остальных сферах контакта психиатра и его пациента следует анализировать и размышлять над значением, посланием поведения. Ибо психические заболевания, т. е. ставшие непонятными формы поведения, которые приобрели патологическую автономию, не могут быть освещены, поняты и изменены в рамках ситуации, которая сама основана на непонятном поведении и заинтересована в том, чтобы это поведение оставалось непонятным.

Отправным пунктом кардинальной структурной реформы психиатрии является поэтому точный анализ того, что делает психиатр в своем отношении к больному, как он понимает болезнь пациента и как ведет себя по отношению к нему.

Психоанализ и психиатрия

Здесь, с моей точки зрения, важно то решающее значение, которое психоанализ получил везде, где действительно были проведены структурные реформы психиатрии в практике и теории.

Freud открытием динамики бессознательного расширил наше понимание психического поведения до ранее неизвестных размеров. Он исходил из того, что якобы непонятное поведение психически больных принципиально доступно пониманию. Предложенный им психоанализ является методом последовательной рефлексии бессознательной динамики межличностных отношений врача и пациента, попытки постепенного понимания с помощью анализа переноса и сопротивления ставших непонятными искажений в поведении пациента.

При этом психоанализ считает пациента априорно партнером по совместным усилиям. Пациент является не объектом, носителем болезни, он выступает как субъект в межличностной коммуникативной связи, в которой в равной степени участвуют пациент и врач.

Тем самым основан метод, который сделал доступным сознанию бессознательное измерение межличностного опыта. Высвободив пациента из его роли объекта и позволив ему войти в качестве личности в процесс лечения, Freud изменил также самовосприятие врача. Дистанцированный наблюдатель физиологических или биохимических процессов превратился в участвующего наблюдателя психической динамики. Это означает то, что не только пациент вовлекается как личность в терапевтический процесс, но и врач становится как личность частью этого интерперсонального процесса.

Тем самым была преодолена "медицинская модель" (Huber, 1972) естественно научно-суженного лечения больных, которая, как мы видели, в психиатрии, прежде всего, представляет наивную репродукцию общественного предрассудка.

В то время, как Freud применил этот метод сначала лишь для исследования и лечения невротических заболеваний — как известно, он придерживался мнения, что т. н. душевные заболевания, которые он понимал как нарциcстические неврозы, недоступны психоаналитическому лечению — психоанализ уже у его учеников вошел в психиатрическую практику.

В немецкоязычном пространстве этим короткое время занимались Abraham, Jung, Federn, Alexander, Simmel, пока, наконец, национал-социализм полностью не остановил это. В англо-саксонском пространстве, однако, психоанализ с самого начала натолкнулся на отвергание официальной психиатрии, но, напротив, приветствовался и принимался в качестве вклада центрального значения.

Это развитие началось в США после визита Freud в 1911г. С 30-х гг., оно ускорилось и усилилось, благодаря эмигрировавшим в США немецкоязычным психоаналитикам, многие из которых участвовали в активном проникновении психоанализа в психиатрическую практику.

Здесь следует назвать прежде всего имена Paul Federn, Franz Alexander, Ernst Simmel, Frieda Fromm-Reichmann, Edith Weigert и т. д. Среди этих пионеров следует в особенности упомянуть также H. S. Sullivan, разработавшего теорию и практику "терапевтического сообщества", и Karl, и William Menninger, которые в Меннингеровской клинике и школе психиатрии создали новую, основывающуюся на психоанализе, психиатрию, которую они вместе с Franz Alexander назвали динамической психиатрией. Это был долгое время один из важнейших центров научных исследований, практики и обучения.

Проникновение психоаналитических познаний и методов "мело следствием развитие одного из все более дифференцированных спектров психотерапевтических методов лечения — от классического анализа до групповой и терапии средой, которые не только могли способствовать более глубокому пониманию условий возникновения и динамики психических заболеваний, но и расширяет возможности реабилитации и ресоциализации психически больных в невиданном до того размере. Открытие психофармакотерапии показало соматотерапевтический путь, сделавший возможной психотерапевтическую работу в случаях, читавшихся ранее безнадежными.

Неортодоксальный подход американских психоаналитиков и психиатров находит свое выражение также в том обстоятельстве, что возник целый ряд психоаналитических школ, все более эмансипировавшихся от сужения психоаналитической работы до изучения и лечения невротических нарушений. Здесь следует назвать наряду с Karen Horney прежде всего Otto Rank, чьи усилия в США привели к развитию образцовых возможностей обучения медицинских социальных работников, в особенности для психиатрии.

Клиника как терапевтический инструмент

Психотерапевтическая работа, т. е. расшифровка патологического поведения через осознание бессознательной динамики сопротивления и переноса имела следствием то, что неосознаваемая динамика межличностных отношений в психиатрических учреждениях сама должна была стать проблемой. Оказалось возможным распознать антитерапевтический характер иерархически-бюрократически структурированных клиник и больных и усилия по созданию "терапевтической среды", т. е. лечебной ситуации, в рамках которой делаются доступными осознанию и изменению бессознательные конфликты пациентов, могли начаться также в институциональном масштабе.

Целью при этом было постепенное превращение учреждений кустодиальной психиатрии, служащих простому интернированию психически больных, в терапевтические инструменты, которые могли бы соответствовать новым познаниям о динамике психических заболеваний и которые могли бы не препятствовать психотерапевтической работе, а способствовать ей.

Основой этой работы были наряду с опытом пионеров обширных исследовательских проектов, сделавших доступными сознанию и изменению структуру и динамику психиатрических учреждений с помощью обширного спектра научных исследовательских приемов, прежде всего инструмента участвующего наблюдения. В этой связи, кроме цитированных исследований Goffman, следует также назвать работы Caudill, Stanton Schwarz.

Бедственное положение официальной немецкой психиатрии, по-моему, в этой связи становится отчетливым. Здесь все еще практически невозможно представить, чтобы антропологи и социологи изучали психиатрические учреждения, как если бы оказались конфронтированными с незнакомой культурой, чтобы именно тем самым содействовать более широкому пониманию психиатрией своего собственного поведения и осознанию ее структурных условий. В США, наоборот, такие антропологи как Bateson и его сотрудники обогатили психиатрию ставшими классическими работами по психодинамике шизофреногенной семьи (см. Bateson et al., 1969).

Динамическая психиатрия смогла именно потому интегрировать данные исследования ее собственной структуры и форм деятельности в собственную практику и самовосприятие, поскольку она восприняла основные предпосылки психоаналитического метода, именно, последовательную рефлексию бессознательных процессов переноса, которая вынуждает психиатра постоянно перепроверять и подвергать ревизии свою позицию относительно больного, учреждения и коллег, свои собственные чувства, страхи, предрассудки и т. д., ибо иначе он не может помочь пациенту осознать мотивы его поведения, от которых он страдает. На основе такой установки, полностью ориентированной на потребности терапевтической работы, могут развиваться практика и концепция динамической психиатрии. В соответствии с этим вся клиника понимается и организуется как терапевтический инструмент, задача которого состоит в установлении терапевтической среды, которая взаимодействует как с личностью, т. е. в его телесной, психической и социальной целостности. Очевидно, что такая программа лечения должна вовлекать всю бригаду каждого учреждения в лечебный процесс. Чтобы сформироваться и работать, т. е. представлять собой

терапевтическую среду, такая бригада требует основательной, прежде всего групподинамической и психотерапевтической подготовки. Эта работа является абсолютно приоритетной. William Menninger постоянно подчеркивал, и его требование “brains before bricks” является, с моей точки зрения, Основным законом каждой психиатрической структурной реформы, притязающей на действительное улучшение ситуации.

Психически больному могут помочь только сооружения, упорядоченные и ориентированные на эффективность бюрократической структуры, а также терапевтически опытные и подготовленные люди, которые в состоянии коммуницировать о потребностях и распознавать неосознанные потребности, проявляющиеся в страдании психически больных.

Терапевтическая бригада

Приведенный анализ деятельности психиатрических учреждений показал нам, что антитерапевтический характер “тотальных учреждений” коренится не только в их организации, и прежде всего скрыт в самовосприятии и поведении персонала. Если не удается здесь найти и изменить антитерапевтические структуры, не может удастся превращение кустодиального и управляющего учреждения в терапевтически действенную среду. Работа с персоналом имеет поэтому абсолютное предпочтение.

Когда H. S. Sullivan основал в 1930 г. специализированное отделение в клинике Шеппарда и Енока Пратта в Мэриленде (США), он начал с того, что уволил весь персонал. Затем он Сим сформировал группу своих сотрудников преимущественно из бывших пациентов и тех медработников, которых он сам обучил. С помощью этой группы он мог в своей средовой и психотерапевтической работе, прежде всего с шизофренно реагирующими пациентами, добиться выдающихся успехов.

При основательной перестройке трех больших психиатрических клиник в штате Канзас (США), в которой я участвовал в качестве ведущего психиатрического консультанта, я убедился в необходимости увольнения большой части персонала и последующей работы с оставшейся группой персонала и вновь пришедшими сотрудниками в форме интенсивной групповой динамики, чтобы изучить и корригировать прежде всего Представление персонала о том, что является психическим заболеванием и как его нужно понимать. Эта работа с персоналом, которой придавалось поначалу преимущественное значение по сравнению с работой с пациентами, очень быстро показала свою результативность, поскольку от изменения установок персонала получали опосредованную пользу и пациенты.

Структура психиатрической клиники охватывается лишь очень поверхностно, если анализ производится на уровне организационных вопросов и механики их проблем. Ее собственное ядро заложено в основном в бессознательной динамике межличностных отношений, в которых институциональные структуры как представлены, так и развиваются. Особое значение должно поэтому придаваться обучению персонала, в особенности молодых психиатров. Именно в этой области отставание нашего психиатрического обслуживания особенно отчетливо.

Обучение психиатров в ФРГ за немногими исключениями лишь отдаленно соответствует уровню требований, и в сравнимых странах, например в США, в течение уже десятилетий является налаженной практикой.

В области психотерапевтического обучения и работы имеется вопиющий дефицит. Возможности обучения для среднего медперсонала совершенно недостаточны. То же самое действительно и для психологов, терапевтов занятостью и социальных работников. Ситуация усугубляется тем, что курсы, в особенности для среднего медперсонала, организуются преимущественно учреждениями, имеющими с главным полем деятельности психиатрии, большими психиатрическими больницами, лишь поверхностную связь.

Рабочая ситуация в психиатрических университетских клиниках полностью отличается от ситуации в больших больницах в отношении структуры, стиля работы и самовосприятия. Молодые психиатры не могут поэтому использовать для своей практики то, чему они научились; они часто предоставлены сами себе в том, чему должны научиться для практики, если не хотят опустить руки и подчиниться рутине. Ибо научное исследование, т. е. систематическое осмысление собственной работы имеет место в больших больницах лишь в исключительных случаях. Пока только одна психиатрическая больница в ФРГ стала академической.

Широкая программа квалификации всех занятых в психиатрическом обслуживании лиц и профессий на месте, т. е. там, где эти люди вместе работают, имеет предпосылкой распо-знавание и проработку актуальных проблем психиатрической работы. Первоочередным здесь, несомненно, является основательная группо-динамическая и психотерапевтическая самоэкс-плорация и обучение врачей, медсестер, санитаров, психологов, терапевтов занятостью и социальных работников. Лишь такая программа обучения обеспечит в долгосрочной перспективе адекватный, т. е. в смысле “терапевтической среды” подход к психически больным вместо их интернирования, лишения свободы и самоуважения.

Похвально, что новое уложение о квалификации врачей, вступившее в силу в октябре 1971 г., предусматривает усвоение молодыми врачами уже во время обучения основных познаний в социальной психиатрии, психологии и психиатрии. Кроме этого, с моей точки зрения, срочно необходимо, чтобы уже сейчас существующим психиатрическим больницам были предоставлены время и деньги для собственных программ повышения квалификации, а также найдены возможности привлечения психоаналитиков-

супервизоров, групповых терапевтов и специалистов по групповой динамике для повышения подготовки всей бригады.

В дискуссии о необходимой реформе и расширении психиатрического обучения постоянно всплывает возражение относительно того, что психотерапевтическое образование является слишком трудоемким, дорогостоящим и, в конце концов, слишком неэффективным, чтобы его можно было осуществлять в большом масштабе. В ответ на это следует вспомнить о том, что существующее обучение с его акцентом на технико-инструментальной медицине также поглощает большие суммы, но дает возможность лишь симптоматического лечения психических и психосоматических заболеваний, что в перспективе оборачивается значительно большими затратами. Поэтому, напротив, структурная психиатрическая реформа, осуществляемая пне обучения, прежде всего, психотерапевтического, ограничивающаяся лишь организационно-учрежденческими или строительными мероприятиями, безусловно чревата нерациональным вложением громадных финансовых средств.

Второе возражение, которое я часто встречал со стороны прежде всего коллег из “социальной психиатрии” — опасение, что с введением психотерапевтической и группо-динамической работы в психиатрических клиниках обращение к бессознательной динамике и самоэксплорации станет самоцелью, которая затеряется в бесконечном разглядывании собственного пупка. Тем самым, с одной стороны, собственно работы будут скорее тормозиться, чем стимулироваться, с другой же из поля зрения исчезнет общественный горизонт, если конфликты учреждения будут переживаться лишь в форме личных напряжений. Тем самым, с моей точки зрения, затрагиваются проблемы, которые могут быть связаны с групподинамической самоэксплорацией, но не должны с ней идентифицироваться. Если групподинамическое вскрытие неосознанных напряжений в учреждениях становится самоцелью, оно само является выражением бессознательной защитной стратегии, которая должна быть осознана и проработана. Упрек же относительно того, что групподинамическая или психотерапевтическая работа зашторивает общественную обусловленность личностных конфликтов, с моей точки зрения в сфере психиатрической работы служит опасной мистификации. Я упоминал уже выше об этом аспекте и хотел бы еще раз на этом остановиться.

Анализ деятельности традиционных психиатрических больниц помог нам узнать, что в их структуре общественное предубеждение против психически больных повторяется в бессознательной динамике приспособления. В этом смысле субкультура психиатрической больницы представляет собой слепок общества.

Однако, микро-общество психиатрических больниц (Ammon, 1968в) не просто отражает бесчеловечность и иерархически-авторитарные черты общества в целом. Оно не только пассивно следует динамике общества. Малое общество традиционной клиники чрезвычайно активно участвует в воспроизведении болезнетворных условий жизни.

Антитерапевтическая динамика общественных предрассудков проявляется не в форме абстрактной динамики, для ее конкретизации необходимо реальное, осуществляемое людьми принуждение. Пациенты длительно обороняются против этого принуждения, развивая при этом чрезвычайно творческую гибкость, утрачиваемую лишь постепенно. Эта защитная стратегия формирует важный аспект “вторичного приспособления” к больничному распорядку.

Поэтому, с моей точки зрения, опасен и неверен вывод, которого придерживаются некоторые представители т. н. “социальной психиатрии”, о том, что изменению ситуации в психиатрических клиниках должны предшествовать коренные перемены в общественной ситуации, причем предполагается, что условия изменившегося общества в целом автоматически отразятся на психиатрических учреждениях. Подобные соображения означают, с моей точки зрения, так же бегство от “критически” заклинаемой общественной реальности, как и удачно обозначенная Kisker (1972) “лирика эндогенности” традиционной психиатрии.

Социально ангажированная и ответственная психиатрия должна иметь задачей изменение общества там, где она с ним встречается, т. е. в самых больших психиатрических больницах.

Я хотел бы это подчеркнуть в особенности потому, что коренная смена ориентации, происшедшая в психиатрии за счет внедрения психоанализа как фундаментальной науки, сделала во многом размытыми границы заново структурированной и понимаемой психиатрии.

Huber (1972) лишь недавно указал на эту проблему. Он констатировал, что область ответственности психиатрии сегодня “иначе структурирована и значительно шире, чем это раньше виделось” и комментирует это следующим образом: “Сегодня нужно ясно видеть, что это означает: психиатрия должна полностью взять на себя ответственность за душевное здоровье •определенного сектора населения (Huber исходит из числа в 5—6 миллионов нуждающихся в обслуживании в ФРГ.— Г. А.) ... и наряду с терапией и наблюдением после выписки осуществлять также профилактику таким образом, чтобы нарушенные отношения между человеком и его окружающей средой — здесь он цитирует Haefner (1967)—... вне зависимости от их причины корригировать наиболее эффективными методами”.

Следствия такой расширенной постановки вопроса он видит наиболее продвинутыми в концепции “Community Mental Health Centers” и делает из этого вывод, что главная часть понимаемой таким образом психиатрической работы должна проводиться вне клиники, и присоединяет к этому предостережение о том, что такой план до сих пор не был реализован “и в будущем сможет охватить лишь меньшинство (больных — Г. Л.)”. Концепция “Community Mental Health Centers” является, однако, лишь следствием изменения

наших представлений о психическом заболевании. Здесь, так сказать, буквально вышли за рамки "медицинской модели", перенеся основную тяжесть работы на внебольничные учреждения.

Другим следствием — и об этом слишком часто забывают — является то, что институт психиатрических больниц сам меняется и в результате применения сведений из исследования групп внедряет "терапевтическую среду", в рамках которой самые тяжелые больные оказываются не "твердым ядром постоянных обитателей" (Kulenkampff, 1970), а могут получить адекватную помощь.

Как это может быть реализовано, об этом я подробно буду говорить в следующих главах. Сейчас же я хотел бы наметить каталог теоретических предпосылок динамической психиатрии в том виде, в котором она разработана большим числом психиатров и который, с моей точки зрения, обозначил рамки психиатрической работы.

Основные позиции динамической психиатрии

1. Предубеждение относительно невозможности понять психическое заболевание динамическая психиатрия заменяет полученным в ходе психотерапевтической работы с психотически реагирующими пациентами представлением о том, что психопатологическое поведение даже при тяжелейшем психическом заболевании может быть понято и доступно терапии как форма реакции на ставший бессознательным опыт раннего детства.

2. На место медицински суженного понятия болезни традиционной психиатрии динамическая психиатрия ставит концепцию многофакторного генеза психической болезни и понимает патологию как выражение и результат патогенной динамики, в которой взаимодействуют психические, соматические и социальные факторы.

3. Программа лечения динамической психиатрии основана на модели психоанализа. Терапия поэтому вовлекает бессознательное и современное, прошлое и возможное в будущем социальное поле пациента. Она в принципе работает с сопротивлением и переносом.

4. Целью терапевтической программы является компенсаторное развитие Я пациента. Центральным инструментом лечения является терапевтическая среда всей клиники, которая в качестве "facilitating environment" принимает и стимулирует здоровые компоненты личности пациента, позволяя ему проработку конфронтации со своим заболеванием в рамках понимающей интерпретации.

5. Терапевтическая среда клиники складывается из большого числа различных терапевтических ситуаций, от классического анализа, через интенсивную психотерапию не на кушетке, аналитическую групповую терапию вплоть до спектра невербальных терапевтических ситуаций, предоставляемых аналитической терапией средой.

6. Предпосылкой для успешной интеграции этого многообразия ситуаций лечения является вовлечение всего персонала в терапевтическую работу в качестве вспомогательных терапевтов.

7. Психиатрическая клиника может таким образом предоставить терапевтическую среду, позволяющую пациенту под защитой клиники отреагировать свои ставшие неосознаваемыми конфликты на сцене терапевтической среды и тем самым сделать их доступными наблюдению и интерпретации.

Намеченная этими семью пунктами программа нигде еще в масштабе общества в целом не была реализована. В том числе и в США, где наряду с прогрессивными клиниками все еще существует большое число психиатрических учреждений, про которые Karl Menninger говорил, констатируя: "Безнадежный пациент — легенда. И все же 80% государственных больниц держатся за эту легенду, ибо содержащиеся там больные вообще не получают никакого лечения".

В ФРГ мы сталкиваемся со специфическими трудностями, которые в основном были изложены в настоящей главе. Хотелось бы привлечь здесь еще один аспект проблемы. На фоне трудностей, перед которыми немецкая психиатрия сама себя поставила, есть, с моей точки зрения, проблема учреждения и идентичности. Для большинства недостаточно подготовленных немецких психиатров взгляд в бессознательную динамику их отношений с больными связан с чрезвычайной нарциссической болезненностью; им приходится признать, что их подготовка недостаточна для глубинно-психологической работы с больными, что ставит под вопрос их профессиональную идентичность. Они должны, кроме того, признать, что им нужно значительно больше времени для работы с больными, ибо без ежедневного контакта между терапевтом и пациентом по меньшей мере 20 минут не может состояться психотерапевтическая работа.

Многие психиатры, получающие психотерапевтическую квалификацию, предпочитают поэтому покинуть клинику и вести частную практику — тенденция, которая стимулируется еще и тем, что опыт, сообщаемый большинством психоаналитических учебных заведений, касается преимущественно амбулаторной практики.

Это неудачное отделение психоанализа от психиатрии, которое имеет свою специфически немецкую историю, не только лишает психиатрическую работу одного из ее важнейших методических и научных инструментов, оно вредит также самому психоанализу, чье современное развитие обязано именно изучению и лечению психозов. В этой связи следует особо приветствовать то, что область психотерапии принята в каталог рабочих специальностей центральной комиссии федерального правительства.

Специфически немецкое отщепление психоанализа от психиатрии привело к тому, что в немецкой

официальной психиатрии психоаналитическая работа в психиатрической клинике все еще связывается с представлением о том, что психоаналитический метод ограничивается техникой стандартного лечения неврозов на кушетке. Это, конечно, неверно. Психоаналитический опыт и метод входит в психиатрическую практику тем, что создается интегрированный спектр терапевтических ситуаций — прежде всего за счет групповой работы и дополнительных форм трудовой и терапии средой — который в целом формирует психотерапевтическую среду. Психиатр с психоаналитическим образованием обсуждает здесь с пациентом более или менее неформальным образом его переживания и помогает ему понимать их. При этом он распознает бессознательный перенос, но почти не интерпретирует его; для пациентов со слабым Я поведение, которым терапевт выражает понимание, часто более значимо, чем вербальная интерпретация. Очевидно, что такая работа возможна лишь когда терапевтическая среда в целом структурирована так, что перенос и сопротивление не увязаны с процедурными рамками стандартной ситуации психоанализа.

В ФРГ эти познания начинают постепенно распространяться. Признаком этого является растущее число “терапевтических сообществ” в целом ряде психиатрических больниц и клиник. Хотя эти попытки, проводимые в т. ч. Flegel, Winkler, Ploeger и другими, все еще страдают от того, что не переходят рамок “кустодиальной психиатрии” (Winkler, 1969) и поэтому в основном застревают в заданных институциональных рамках, и все же они означают важный шаг в направлении нового, психоаналитически рефлексируемого отношения между психиатром и его пациентами.

На смену психиатрическому офицеру крепелиновской эры, к ритуальному обходу которого больные выстраиваются как на парад, в то время, как персонал следит за спокойствием и порядком, в терапевтическом сообществе приходит психотерапевт, для которого заболевание пациента является не только поводом для стигматизирующего диагноза, который последовательно и надолго предоставляет себя в помощь и распоряжение больного и поэтому с большим правом может называться терапевтом,, т. е. служащим.

Диагноз и уход долгое время были разделены в развитии психиатрии. Одно считалось задачей врача, другое — задачей надзирающего персонала. Их реинтеграция в психотерапевтической работе позволяет, с моей точки зрения, надеяться, что предметом врачебных усилий является уже не абстрактное понятие болезни, а то, что пациента следует понять и лечить как страдающего, что претендует на ту форму помощи, за которую он уже не должен расплачиваться лишением своего достоинства.

2. ПСИХОДИНАМИКА ПСИХОЗОВ, СИМБИОТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС И СПЕКТР АРХАИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Я

Я хотел бы изложить в дальнейшем психодинамику т. н. психических заболеваний в рамках психоаналитической концепции, распознающей в непонятном на первый взгляд поведении больного психозом проявление и результат нарушения развития Я в раннем детском возрасте. При этом я понимаю развитие Я как межличностный процесс, в ходе которого ребенок постепенно развивает и дифференцирует функции своего Я во взаимодействии с матерью и окружающей группой, воспринимая: и отграничивая себя, наконец, как полноправную личность. Т. н. психические заболевания я понимаю как нарушения этого развития. С моей точки зрения они являются результатом специфически нарушенного взаимодействия между развивающимся ребенком и матерью или дальнейшей первичной группой, которые неспособны адекватно поддерживать ребенка в развитии функций его Я и отграничением его собственной идентичности. В качестве патогенного силового поля я понимаю при этом прежде всего нарушенные отношения матери и ребенка в первые три года жизни, что ведет к возникновению нерешенного конфликта в форме симбиотического комплекса. Последний обладает специфической динамикой и является столь же основополагающим в отношении психотической реакции, как и эдипов конфликт для невроза. Наряду с психотическими реакциями шизофренного и маниакально-депрессивного круга я причисляю также т. н. пограничную симптоматику, т. е. промежуточные формы между неврозом и психозом, сексуальные перверсии и психосоматические нарушения к архаическим заболеваниям Я, являющиеся следствием специфических нарушений Я и развития идентичности в первичной группе, неспособной стимулировать и поддерживать ребенка в его развитии. В дальнейшем я хотел бы обратиться главным образом к двум комплексам вопросов:

1. Как объяснить генез архаических заболеваний Я?
2. Как можем мы понимать динамику поведения, связанного с отдельными болезненными состояниями?

Сначала к вопросу о генезе. Я хотел бы предпослать этому то, что значение психогенеза т. н. психических заболеваний здесь понимается не в смысле догматического отвергания возможных соматических факторов в этиологии тяжелых психических заболеваний. Когда я в центр анализа ставлю процесс развития Я и его нарушения, я делаю это потому, что, с моей точки зрения, на этом уровне болезненного процесса они на уровне Я как воспринимаются, так и превращаются в поведение.

Freud (1924a, b) подчеркивал в своих трудах о психодинамике психозов прежде всего отличие от неврозов. Он понимал неврозы в основном как интрпсихический конфликт между отдельными психическими инстанциями, связанный с постоянным поддержанием контакта с окружающим миром. В качестве же характерной для психотической реакции черты он обозначал нарушение отношений с

окружающим миром, потерю реальности. Он давал этому сначала инстинктивно-психологическое объяснение в форме своей теории нарцизма (19116, 1914), предполагая, что в психозе все либидо отнимается от внешних объектов и направляется на собственное Я. Оно создает себе собственный бредовый мир. Позже он подчеркивал в большей степени Я-психологический аспект психотической реакции (Freud, 1924a, b). Он понимал психоз как результат "отрицания" Я окружающего мира в противоположность невротическому вытеснению, направленному против инстинктивных желаний Оно. При этом он все же подчеркивал, что отрицание чаще не является полным и потеря реальности поэтому остается частичной. Он констатировал: "...Проблема психоза была бы простой и прозрачной, если бы уход Я от реальности был проведен до конца. Но это происходит очень редко, почти никогда". И в глубочайшем психозе могут наблюдаться две установки: "...Одна, соотносящаяся с реальностью, нормальная, и другая, которая под действием инстинкта уводит Я от реальности" (Freud, 1938b). Ригидное сосуществование обеих установок в Я, признание и отрицание реальности и ее притязаний ведет к "расщеплению Я в процессе защиты" {Freud, 1938a), всегда связанном с отрицанием внешнего мира.

Тем самым Freud установил прямую связь между психотическим или психозоподобным поведением и структурным изменением Я, относительно которого он предполагал, что оно является результатом конфликта Я с внешним миром. В качестве примера отрицания ему служил пациент, реагировавший сексуальной перверсией, фетишист. Freud понимал поэтому отрицание как защиту от угрозы кастрации (Freud, 1927, 1938a).

Дальнейшее развитие психоаналитической психологии Я смогло, прежде всего, дифференцированно осветить защитный механизм отрицания. Anna Freud (1936) отнесла его, так же как и проекцию и идентификацию, к ранним ступеням развития Я.

Hartmann (1953) обратил внимание на то, что вызывающий психоз конфликт является результатом не только "соперничающих притязаний Оно и окружающего мира к Я (Freud, 1938b). Возникновению психотической реакции способствует также нарушение самого Я, его функций и возможностей защиты. Он понимал это повреждение как нарушение определяемой им "свободной от конфликтов сферы Я, относительно которой он предполагал, что она формируется путем прогрессирующей нейтрализации либидинозной и агрессивной инстинктивной энергии на основе первично заданных автономных предрасположений Я (Hartmann, 1939).

Rapaport (1958) на основе теории Hartmann развил свою концепцию "относительной автономии Я" как от притязаний окружающего мира, так и от мира инстинктивных потребностей. Он понимал эту "относительную автономию" как результат "свободной от конфликтов" деятельности функций Я, препятствующей гиперадаптации к внутреннему миру инстинктивных потребностей и к окружающему миру. Психоз предстает в этой концепции как потеря относительной автономии Я и как гиперадаптация к миру инстинктивных потребностей.

Решающий вклад в наше понимание Я-психологических условий "относительной автономии Я" сделал Paul Federn 1952a). В исследовании сна и психозов — Federn относится к пионерам психоаналитического изучения и лечения психозов — он сформулировал свою концепцию подвижной "границы Я" отделяющей Я вовнутрь и вовне от "не-Я" соответственно меняющимся "состоянием Я". Динамическое единство Я окружено гибкими границами, служащими своего рода периферическим органом восприятия снаружи и изнутри и загруженными временными количествами свойственной Я нарциссетической энергии (ego catexis). Относительно функционального аспекта Я он подчеркивал "чувство Я", в котором Я находит свое выражение как последовательное психическое переживание.

С помощью этого эскизно изложенного понятийного инструментария Federn смог точно описать Я-психологический аспект психотической реакции.

Он понимал чувства отчуждения и деперсонализации в психозе как выражение недостатка свойственной Я нарциссетической энергии и результирующей из этого недостаточной занятости границ Я. За счет этого возникает угроза различению Я от не-Я, возможному лишь с помощью границы Я. При сохранности функции Я проверки реальности возникают чувства отчуждения. Реальность воспринимается отчетливой, но чужой и нереальной. Подобным образом Federn объясняет возникновение бредовых представлений. В психозе лишенное Я бессознательное наводняет Я, границы которого заняты недостаточно.

Federn видел поэтому причину психоза не в отнятии либидо от внешнего мира, а в недостатке свойственной Я нарциссетической энергии, в слабости границ Я.

Он узнал, что психотически реагирующие пациенты могут развивать сильные отношения переноса и тем самым опроверг представление Freud, который видел важный признак психоза в неспособности к переносу.

Теория "относительной автономии Я" Rapaport и концепция "границ Я" Federn оказались чрезвычайно плодотворными применительно к изучению развития Я и его нарушений.

Мы можем распознать цель развития Я в формировании гибкой границы Я или ее постоянном расширении, которое делает возможной для Я свободную от конфликтов деятельность функций Я и тем самым относительную автономию от внутренних потребностей и окружающего мира (Ammon, 1972d, 1973).

В этом смысле я понимаю формирование границы Я и реализуемое в результате этого различения Я и не-Я как решающую фазу развития Я и идентичности. Формирование границы Я оказывается при этом возможным, благодаря ставших автономными функций Я. Они в своем развитии, однако, зависят от поддержки в ближайшем окружении ребенка, первичной группы, в особенности матери в рамках раннего

симбиоза матери и ребенка.

Нарушения межличностного процесса в симбиозе, в котором ребенок открывает и под защитой симбиоза развивает и пробует свои функции Я конструктивной агрессии и творчества, ведут к психопатологическим синдромам, которые, с одной стороны, характеризуются неспособностью различать Я и не-Я — в этом смысле речь идет о нарушении формирования границы Я — и, с другой стороны, демонстрируют высокую выраженность ставшей деструктивной агрессии — в этом смысле речь идет о патологической деформации центральной функции "Я". Архаические болезни Я — психотическая реакция, т. н. пограничная симптоматика, сексуальные перверсии и психосоматические заболевания — я понимаю как формы реакций на такое нарушение формирования границ Я и участвующих в этом функций Я. Они могут, с моей точки зрения, стать проявлениями патологической остановки развития Я и идентичности на преэдипальном уровне. Я обозначаю их как архаические заболевания Я, которые вместе образуют спектр.

Лежащие в основе интернализованные конфликтные ситуации я понимаю как комплекс симбиоза, чтобы обозначить преэдипальный уровень раннего детского конфликта, который при психопатологическом поведении приобретает вторичную патологическую автономию.

Я хотел бы в дальнейшем остановиться на следующем:

Ребенок переживает себя в первое время жизни не отделенным от матери, он не различает внутренний и внешний мир, себя и не-себя, Я и не-Я. Мать воспринимается как часть собственного тела, само тело не имеет ясных границ.

Обращаясь с любовью к ребенку в рамках этого симбиоза, понимая и адекватно реагируя на его потребности и телесную речь, мать постоянно делает возможным для ребенка самостоятельное восприятие своих потребностей и соматических функций, опробование функций своего Я. Симбиотическое взаимодействие между матерью и ребенком разворачивается при этом на многих уровнях. Оно образует основу для формирования телесного Я, для развития первично заданных функций Я конструктивной агрессии и креативности, т. е. любопытного подхода к вещам и людям и игрового обращения с ними, и создает таким образом тренировочное поле, на котором ребенок в постоянном взаимодействии с матерью развивает свои функции Я и возводит и развивает границы своего Я.

Spitz (1955) в своем интересном исследовании указал на то, что ребенок переживает ситуацию своего симбиоза с матерью в ранней фазе своей жизни "пещерным модусом восприятия", т. е. с помощью "первобытной пещеры" рта, в котором весь опыт концентрируется на основе как внешнего, так и внутреннего восприятия.

Он убедительно описал этот модус получения опыта как мост между внутренним и внешним восприятием и обратил внимание на межличностное качество ситуации следующими словами: "Можно было добавить, что это раннее интраоральное переживание состоит в том, что ребенок забирает в себя грудь, в то время как он одновременно закутан в руки и грудь матери. Взрослый рассматривает это как раздельные впечатления. Но для ребенка они являются единым и неделимым, без различия между составляющими частями, так что каждая из этих составных частей может представлять все переживание".

Это означает, что первичная пещера собственного рта соответствует первичной пещере материнских рук, несущих ребенка, и груди, к которой его прикладывают.

Этот "мир первобытной пещеры" по Spitz является "матрицей как интроекции, так и проекции", в которой мы можем распознать первую первично-процессуальную форму тех функций Я" которые позднее будут служить более стабильному разделению Я и "не-Я". Spitz обозначает "первичную пещеру" рта и межличностную ситуацию, которую она представляет, как место "перехода для развития осознанной целенаправленной активности, для первого возникающего из пассивности желания" — представление, которое очень близко соответствует моей концепции функции Я конструктивной агрессии, хотя Spitz сам в дальнейшем придерживается ортодоксальной теории инстинктов в отношении агрессии. В этой ранней фазе симбиоза, которая обозначается улыбкой, которой в конце третьего месяца жизни ребенок реагирует на лицо матери, симбиотическое взаимодействие движется прежде всего на уровне телесного Я и служит его формированию. Насколько важны в этой фазе постоянный прямой контакт с матерью для развития Я ребенка показали работы Spitz (1946) по госпитализму, а также данные сравнительного исследования поведения, в особенности на обезьянах (Harlow и Harlow, 1966). Уже при формировании телесных границ развитие инстинктов и Я идет параллельно, и подавление одного всегда равнозначно искалечиванию другого, т. е. подавление инстинктов всегда сопровождается блокированием развития Я.

И по окончании этой фазы развития, т. е. после достижения контроля и координации соматических функций и моторики, ребенок живет в симбиозе с матерью.

Наряду с сознательным поведением матери по отношению к ребенку, стилем ее физического контакта, ухода и обращения, решающее значение для развития Я ребенка имеют прежде всего и ее неосознанные фантазии.

Anzieu (1971) указала на то, что бессознательные фантазии не должны пониматься, как это во многих случаях предполагается, в качестве индивидуально-психологических процессов par exellence, они представляют скорее межличностную реальность. Они обозначают движение и рамки артикуляции развития Я, они решают, так сказать, протяжение и степень диф-ференцированности "игрового поля" симбиоза.

Erikson (1965) указал в этом смысле на то, что способность матери и первичной группы воспринимать потребности ребенка образует предпосылки для успешного развития Я. Динамика, которую развивает

процесс индивидуального развития Я, поэтому тесно связана с бессознательной динамикой группы, в рамках которой растет ребенок, и динамика первичной группы имеет решающее значение для успеха или неудачи этой кардинальной фазы развития Я.

Решающие механизмы, определяющие симбиотическое взаимодействие со стороны ребенка, это — проекция и идентификация, которые используются в ситуации, в которой ребенок в течение длительного времени не может найти ясного различия между самим собой и объектами или их соответствующими психическими представительствами, т. е. в течение всей фазы преэдипального развития. Их задача состоит, с одной стороны, в том, чтобы удовлетворить потребности ребенка и защитить его от опасностей реальности, с другой же в том, чтобы помогать при вынесении неизбежных фрустраций. Мать и группа выполняют, следовательно, за развивающегося ребенка долгое время решающие функции Я отграничения вовне и внутрь.

Поддерживая ребенка в том, чтобы он распознавал и артикулировал собственные потребности, они помогают ему выстраивать границу Я относительно внутренних инстинктивных потребностей. Поддерживая ребенка в изучении внешнего мира, в его любознательном подходе к вещам и людям и защищая его от связанных с этим опасностей, они помогают ему выстраивать границу Я с внешним миром.

В ходе своего развития Я ребенка постепенно перенимает функции, которые ранее выполнялись матерью или первичной группой. Он учится распознавать и артикулировать свои потребности, координировать свои функции тела и движения и начинает самостоятельно исследовать внешний мир и менять его, играя.

Здесь все же нужна постоянная поддержка матери и первичной группы, ребенку нужен постоянный приток “external narcissistic supplies”, как это сформулировал Fenichel (1945), т. е. он нуждается в телесном обращении и нарцисстическом подтверждении, как в атмосфере.

Если мать и группа неспособны дать ребенку эту поддержку, если они встречают потребности ребенка и его выражения непониманием, отверганием или даже открытой враждебностью, то последствиями могут быть тяжелые нарушения развития. Ребенок переживает отвергание матерью как экзистенциальный страх покинутости и угрозу уничтожения. Его слабым границам Я угрожает наводнение внутренними и внешними содержаниями “не-Я”. Вместо гибкого отграничения Я, которое служит коммуникации вовне и внутрь, наступает отщепление всей затронутой сферы опыта в Я и отрицание соответствующей сферы в реальности.

Возникают, так сказать, белые пятна на карте Я, области, з которых Я ребенка остается неспособным к получению опыта снаружи и изнутри и которые поэтому, как чуждые Я, должны отрицаться и отщепляться.

Таким образом, возникает структурный дефицит Я, дефект в границе Я, который я хотел бы обозначить как “дыра в Я”. Затронутые области опыта не могут быть вовлечены в дальнейшее развитие. Ребенок в этих областях остается в диффузной зависимости от недифференцированных объектов. Он защищается от связанного с этим чувства архаического страха уничтожения с помощью отщепления и отрицания.

В зависимости от времени и длительности преэдипального травматического опыта развивается специфическая психопатологическая симптоматика, служащая компенсации нарцисcти-ческого дефицита и в известной мере заполняющая “дыру в Я”. Деструктивная динамика, которую развивает эта симптоматика, т.е. архаическое заболевание Я, я понимаю не как признак неудавшейся нейтрализации или сублимации деструктивно-агрессивного инстинкта. С моей точки зрения деструкция обозначает реактивную патологическую деформацию первоначально конструктивной агрессии, которую я понимаю как первоначально заданную функцию Я, т. е. не как укрощенный инстинкт (Mitscherlich, 1958, 1969), не как побуждение (Schultz-Hencke, 1951).

Эта функция Я любопытного подхода к вещам и людям имеет, так же как и тесно связанная функция Я креативности, центральное значение для формирования границ Я в период симбиоза. Она превращается в деструкцию, если сталкивается с матерью и группой, неспособными к получению опыта, ре тирующими страхом или враждебным отверганием на действия ребенка. В этом смысле деструктивная агрессия определенны образом является негативным отпечатком конструктивной агрессии. Неспособность матери к восприятию ребенка может проявляться в разных формах и на разных уровнях симбиотических отношений.

По моему опыту специфика шизофреногенной матери заключается в злокачественной форме ее неспособности быть матерью. Эти псевдоматери получают полную власть над маленьким ребенком, зависящим от их помощи (Ammon, неопубликованный манускрипт обработки обширного материала об изгнании детей из семьи, дурном обращении с ними и убийства детей собственными матерями). Более благоприятной формой шизофреногенной матери (Pankow, 1968) являются т. н. дети матери, ожидающие от своих собственных детей, чтобы он; обращались с ними как их матери.

Бросается в глаза родство между матерями детей с перверсиями и психосоматическими расстройствами. И те и другие имеют либидинозную установку лишь на тело ребенка.

Психогенетическая эксплорация психосоматических и перверсных больных показывает, что и те, и другие могут воспринимать себя в качестве существующих (т. е. развивающих чувство Я) лишь в рамках психосоматического или перверсного акта. Почему один больной избирает этот, а другой — иной симптом, я понимаю исходя из различного поведения матерей. Мать, индуцирующая психосоматическое расстройство, реагирует либидинозно лишь на дефекты и болезни своего ребенка, в противоположность матери, индуцирующей перверсию, у которой либидинозно загружены все действия, касающиеся здорового тела ребенка, напр. церемония мытья, одевания, манипулирования мужскими или женскими гениталиями ребенка. Обе матери игнорируют при этом растущую идентичность Я ребенка. С последней обращаются как

с вещью, либидинозно занятым предметом, а не полноправной развивающейся личностью.

Подчеркивание роли матери в патогенезе архаических заболеваний не означает, что мать должна быть изолирована как морбидный фактор. В своем поведении по отношению к ребенку она представляет всю первичную группу и приводит к выражению бессознательной динамики. Если группа в целом не обладает идентичностью и не может как группа отграничиться от внешнего мира, то и мать в симбиозе не сможет обеспечить ребенку отграничение его Я.

Ранее я указывал на то, что у группы как целого должны быть собственные границы, чтобы иметь возможность помочь отдельным своим членам, т. е. в особенности ребенку при отграничении (Ammon, 1971 а, Ь, с; 1972 d, i, m; 1973). Первичная группа, которая к такому отграничению, т. е. к рефлексированному и гибкому способу договариваться о своих потребностях, страхах, желаниях и т. д., будет представлять собой в целом патогенное силовое поле. Группа как целое тогда неспособна формировать групповое Я и групповую идентичность. Она будет гиперадаптивной или к внешнему миру и его нормам, или к внутреннему миру группы и ее конфликтам. В обоих случаях группа парализована и как группа недееспособна, это — мертвая группа. Изучение т. н. шизофренической семьи (Bateson et al., 1969) и семейных групп депрессивно-психотических пациентов (Cohen M. В., 1954) сделало отчетливой патогенную динамику этих распавшихся, гиперадаптивных и поддерживаемых лишь внутренним или внешним принуждением "псевдосообществ" (Wynne, 1969).

Для того, чтобы выстроить коммуницирующую границу Я, ребенку всегда нужно, чтобы он был окружен в симбиозе с матерью и первичной группой коммуницирующими границами Я. Во взаимодействии с этими динамическими межличностными структурами он может формировать и дифференцировать свои собственные границы Я, т. е. свою собственную относительную автономию в смысле прогрессирующего креативного расширения идентичности Я.

Архаические заболевания Я есть выражение нарушения первых и решающих шагов этого развития Я и идентичности. Они восходят к неудавшемуся формированию собственных границ Я и выходу из симбиоза. Поэтому я обозначаю каузальную конфликтную констелляцию как симбиотический комплекс.

Balint (1968) вслед за Ferenczi с его "теорией базисного расстройства" (basic fault) сформулировал концепцию, которая во многих чертах соответствует тому, что я обозначаю как симбиотический комплекс. Он также обращает внимание на то, что раннее нарушение психического развития в отношениях между матерью и ребенком имеет иную динамику по сравнению с эдипальным конфликтом при неврозе. Он также подчеркивает межличностный характер этой патологической динамики.

Но Balint не дает своей концепции базисного расстройства, как сам признает, никаких структурно-теоретических координат. Он дает выдающуюся феноменологию симбиотического состояния и его нарушений, но не развивает концепции, которая сделала бы понятным возникновение и изменение этих состояний в рамках развития Я. Последствия, которые он делает из своих наблюдений для терапевтической работы, поэтому неизбежно остаются минимальными.

И Margaret Mahler (1969) внесла существенный вклад з изучение генеза и динамики инфантильных психотических реакций и симбиоза. Ее концепция, которая видит причину психотических и психозоподобных реакций в неудавшемся симбиозе, во многом соответствует тому, что я понимаю под симбиотическим комплексом. Относительно ее теории Я и ее глубинно-психологических гипотез — она, с одной стороны, близка школе Hartmann, с другой стороны направлению Melanie Klein (1952). Ее концепция динамики симбиоза отличается в существенных пунктах от моих представлений. Это в особенности касается концепции агрессии, которую Mahler понимает как инстинктивный процесс, и роли группы.

Функция группы в патогенезе архаических заболеваний Я становится в особенности отчетливой в случае симбиотического нарушения в форме затянувшегося симбиоза. Мать пытается тогда привязать к себе ребенка за пределами времени естественного симбиоза, поскольку сама не в состоянии выстоять в одиночку в нарушенной группе. Ребенок оставляется матери другими членами семьи, чтобы позволить группе не распознавать ее собственные конфликты. Ребенку тем самым запрещается развивать собственную идентичность. Как слабый член семейной группы он служит тому, чтобы путем проекции локализировать на себе общегрупповой бессознательный конфликт с тем, чтобы потом его контролировать и отражать.

В таком "затянувшемся симбиозе" психотическая, например, реакция останется латентной до тех пор, пока ребенок находит возможность жить в этом эмоциональном пространстве. Часто в периоде пубертата, благодаря связанным с этим отрезком жизни напряжениям относительно сексуальной и социальной идентичности, эта ситуация взрывается, происходит своего рода симбиотический взрыв, проявляющийся в открытой психотической реакции.

Латентность психотического или близкого к психозу нарушения Я может сохраниться или восстановиться, если воздействовать на другие симбиотические партнерские отношения. Лишь когда эти "эрзац-симбиозы" — супружества, дружбы, производственные группы и т. д. — перестают функционировать, если в силу внутренних или внешних причин симбиотическое пространство вдруг воспринимается как тюрьма, может наступить психотическая реакция.

Она предстает как отчаянный протест против пленения, в котором чувствует себя Я. и ведет, поскольку развитие Я не удается за пределами симбиотической фазы, к мучительному переживанию потери Я, отчуждению и чувству "не-Я". Многократно наблюдавшаяся периодичность психотических реакций, которая поверхностно рационализируется в т. н. теории "шубов", находит здесь психодинамическое

объяснение.

Динамика затянувшегося симбиоза выступает в особенности отчетливо в т. н. “folie a deux”, совместном построении бреда, которое может пониматься как попытка одновременно сохранить симбиотическое пространство и фантастически расширить его. И параноическая форма шизофренной реакции, с моей точки зрения, восходит к затянувшемуся симбиозу. Паранойя служит поэтому не защите от латентной гомосексуальности, как это предполагал Freud (1911), скорее гомосексуальность служит наоборот защитой от симбиотической матери, воспринимаемой в качестве преследовательницы. Gisela Ammon

1969, 1972a, b) смогла показать в рамках своих исследований в руководимом ею психоаналитическом детском саду, что патологическая симптоматика в поведении детей, как, напр., деструктивная агрессия, психосоматические заболевания и т. д. всегда являются выражением неразрешенного и ставшего бессознательным конфликта между родителями. Она также установила, что детское симбиотическое поведение исчезало даже без прямого терапевтического вмешательства в момент, когда родители могли получить инсайт на свои конфликты и проработать их. Это — опыт, который разделяют многие психоаналитически ориентированные педиатры.

Чаще, однако, инфантильная симптоматика, приводящая к манифестации родительских конфликтов, не распознается ими как проявление их собственных трудностей. Ребенок тогда вынужден приспосабливаться к морбогенной семейной ситуации в форме своей патологии. Его симптоматика неправильно понижается как болезнь ребенка и, соответственно, лечится, в по-следующем камуфлируясь за счет формирования фальшивой “Самости” (Winnicott, 1935, 1948; Guntrip, 1968; Khan, 1968, 1972) - фасада гиперадаптивного функционирования. Если наступает изменение патогенной, но “не бросающейся в глаза” ситуации при поступлении в школу, в начале пубертатного периода, покидании родительского дома, школы или университета, которые исполняли роль симбиотической матери и первичной группы, то наступает манифестация заболевания. Мы можем понимать ее как попытку заполнить демонстративной патологией вновь ставшую вирулентной “дыру в Я” в результате отделения от матери или замещающих ее школы, университета и т. д., которая возвращает пациента в старую зависимость от матери.

Инфантильный конфликт вновь восстанавливается и проявляется вовне. Для архаических заболеваний Я характерно, что пациенты переживают свою симптоматику “Здесь и Сейчас” отреагирования не как чуждую Я и патологическую, хотя их симптоматическое поведение по большей части находится в явном противоречии с гиперадаптивным фасадом их фальшивой “Самости”. Они скорее переживают свой бессознательный конфликт сновидно в реальности, которая тем самым становится ценой их инфантильного симбиоза. К окружающему миру, так сказать, предъявляется требование взять на себя функцию отграничения Я в отношении отреагирующего симбиотического больного.

В “Здесь и Сейчас” отреагирования больным их поведен предстает при этом не как нарушение контакта с окружающим миром, их патологическое поведение чаще единственная форма, в которой они могут чувствовать себя и окружающий мир действительно существующими, т.е. в которой они могут иметь чувство Я. Это, как уже упоминалось, в особенности отчетливо в случае сексуальной перверсии и психосоматическое заболевания. При этом ставшая деструктивной динамика задержанного симбиоза позволяет больному выражать это чувство Я лишь в форме саморазрушающих действий и ситуаций.

Здесь проявляется решающее отличие от невротическог симптома. Последний воспринимается пациентом как чуждый Я, как нарушение и повреждение коммуникации с окружающим миром. Невротический симптом является, следовательно, выражением бессознательного конфликта, угрожающего в достаточной мере развитому и отграниченному Я.

Симптоматика архаических заболеваний Я, напротив, сама формирует часть Я, она заполняет дыру в границе Я. Невротический симптом затрудняет коммуникацию, Я с внутренним и внешним миром, симптом же архаического, заболевания Я напротив, замещает коммуникацию в важной сфере опыта за счет постоянно неудачной саморазрушающей попытки пережить “чувство Я” в смысле восприятия своего существования. Это имеет далеко идущие следствия для терапевтической техники и ее программы. В терапии неврозов речь идет об устранение вытеснений. Ставший бессознательным конфликт должен быт вскрыт и сделан доступным сознанию. Существующее чувство Я тем самым расширяется и дифференцируется.

В терапии архаических заболеваний Я, напротив, речь идет прежде всего, не об устранении вытеснений, а скорее о реинтеграции дефицитарного Я пациентов в рамках восполняющего развития Я, т.е. о восстановлении границы Я в смысле гибкого коммуникативного отграничения.

В клинической практике отделение невротического от психотического или близкого к психозу часто наталкивается на большие трудности, поскольку картины болезни могут разнообразно перекрываться. Дифференциальный диагноз, однако весьма важен для выбора адекватной терапевтической техники.

Моему учителю Karl Menninger (1963) принадлежит большая заслуга в основательной критике и ревизии психиатрической диагностики. Он демифилогизировал т. н. психически заболевания и решающим образом стимулировал в теории и практике психодинамическую терапию тяжелейших психических заболеваний. Menninger разработал концепцию, в которой все психические нарушения, от легчайшего невротическог раздражения и до тяжелейших психических заболеваний могу пониматься и лечиться как нарушения контроля различной степени.

Он отличал нарушение функции (dysfunction), описывающей поведение, от нарушения организации

(dysorganization), которая затрагивает возникшее в результате патологического поведения изменение в состоянии психической организации и соответствующее нарушение организации. Нарушение функции и соответствующее нарушение организации он в целом обозначал как нарушение контроля (dyscontrol). Нарушение контроля означает нарушение операций по стабилизации (coping devices), с помощью которых Я как “хранитель жизненного равновесия” пытается защитить психическую систему от инстинктивных импульсов и стрессов окружающего мира. Я при этом понимается Menninger, прежде всего, как система контроля и регуляции, служащая для защиты от инстинктов. Я идентично сумме его функций, складывающейся из иерархии защитных механизмов и регулирующих мер совладения (coping devices).

Я хотел бы расширить концепцию Menninger скользящей шкалы ступенчато различных нарушений контроля и говорить в скользящем спектре психических заболеваний, чтобы соответствовать структурным различиям, являющимся результатом различных специфических конфликтных ситуаций, лежащих в основе отдельных болезненных картин. Один полюс целостного спектра психических заболеваний образуют архаические заболевания Я, восходящие к приобретенному, вследствие задержки симбиоза, структурному дефициту Я. Другой полюс спектра образуют невротические заболевания, восходящие к неразрешенному эдипальному конфликту. Широкую пограничную область между психотическими заболеваниями и невротическими нарушениями образует область т. н. пограничной симптоматики, в которой базисный структурный дефект Я перекрывается многочисленными невротическими картинами симптомов.

Многие психотерапевты придерживаются мнения о том, что доминирующая симптоматика в последние десятилетия демонстрирует отчетливый сдвиг от невротических картин к картинам, близким к психозам типа пограничной симптоматики.

Причина этого, несомненно, в том, что развитие психоаналитического изучения развития Я и соответствующего изучения групп дает возможность лучшего понимания этой симптоматики. Wolberg (1973) недавно указал на то, что многие описанные Freud пациенты, как напр. знаменитый “Wolfsmann” (Freud, 1918), были пограничными пациентами.

С другой стороны, увеличение числа архаических заболеваний Я означает ситуацию прогрессирующего распада буржуазной маленькой семьи, которая всё меньше может выполнить свою жизненно-исторически решающую задачу содействия развитию Я ребенка путем предоставления интактной групповой границы.

Развитие психоаналитической психологии Я и исследования групп является попыткой соответствовать динамике указанной постановки проблем в обществе в целом. В то время, как вначале на первом плане интересов стояли функциональные аспекты Я и, в особенности, его защитные механизмы, то позднее в центре внимания оказалась проблема чувства Я, или “идентичности Я”, благодаря исследованиям Federn и Erikson (1956). Психоаналитическое изучение групп оказалось в особенности важным для выяснения аспекта идентичности развития Я. Оно показало, что развитие Я может пониматься не только как индивидуально-психологическая проблема контроля и подавления инстинкта, а как межличностный аспект развития Я, т.е. вопрос отграничения от и коммуникации с окружающей группой, представляющий решающий уровень удачи или неуспеха психического развития.

В свете этих исследований Я человека предстает не только как кибернетическая система различных защитных и регуляторных механизмов, которую достаточно было бы определить функциями контроля инстинктов и приспособления к окружающему миру. Наряду с этим функциональным аспектом Я мы должны признать аспект его идентификации, который делает Я человека неповторимым образом, который может быть понят лишь на основе исторических связей жизненной истории индивидуума с его группой и в широчайшем смысле слова с обществом. Эта функция идентификации Я, как я хотел бы ее назвать, имеет целью последовательную поддержку в формировании и расширении границ Я в рамках межличностного процесса, а также помощь партнерам индивидуума в их развитии.

В этом смысле мы можем увидеть в психопатологии наших пациентов и в ставших бессознательными конфликтах, затрудняющих развитие их Я и идентичности, также и патогенную динамику общества, пытающегося обойти кризис своей идентичности путем отрицания и отщепления. С помощью точного анализа тех болезненных процессов, которые до сего дня обществом, а также многими психиатрами кажутся недоступными пониманию и необратимыми, динамическая психиатрия может способствовать распространению познания о том, что заболевания Я и идентичности не являются по определению безнадежной и индивидуальной судьбой, но могут быть поняты и излечены в рамках группы.

3. ШИЗОФРЕНИЯ

Исследование шизофрении вызывает наиболее сильный интерес в психиатрии с тех пор, как Kraepelin (1899) предложил концепцию раннего слабоумия как нозологической единицы, в особенности же когда Bleuler (1911) сформулировал т. н. “первичные знаки” как диагностические критерии шизофрении.

Поиск наследственной причины заболевания или вызывающего его органического нарушения остается до сих пор безрезультатным, несмотря на громадные усилия во всем мире (Ammon, 1971 а, Ь, с; M. Bleuler, 1970; Benedetti, 1970 а; Horwitz, 1959).

Я хотел бы остановиться лишь на некоторых психоаналитических и динамико-психиатрических исследованиях шизофрении. C. G. Jung (1906) указал на то, что поведение шизофренно реагирующих пациентов имеет сновидный характер и следует первично-процессуальной динамике, согласно описаниям

Freud в толковании снов. Наряду с важными, уже упоминавшимися работами Federn (1952a) следует назвать H. S. Sullivan (1953, 1962), разработавшего на основе своей психотерапевтической работы с больными шизофренией свою “интерперсональную теорию психиатрии”. Он понимал шизофренную реакцию как “security operation”, с помощью которой отщепляются области опыта, связанные в раннем детстве с чрезмерным страхом. Шизофренную реакцию он понимает как “schizophrenic way of life”, попытку самому заново интегрировать диссоциированное. Неуспех “security operations” дает классические картины заболевания, которые Sullivan отличает от попыток восстановления.

Значимы исследования динамики т. н. шизофреногенных семей Bateson с сотрудниками (1969). В качестве центральной патогенной ситуации появляется “double-bind”. Она характеризуется разрывом коммуникации между людьми —в нашем случае между родителями или одним родителем и ребенком — таким образом, что в одно и то же время ребенку адресуются два различных взаимно исключающих сообщения, послания, требования, связанные как с запретом выбора одного из них, так и с невозможностью для ребенка выйти из ситуации. Такая ситуация double bind возникает, когда мать внутренне отвергает ребенка, испытывает страх перед контактом с ним, с другой же стороны демонстрирует любовную заботу, одновременно при этом требуя и опасаясь доказательства своей нежности от ребенка. Такой повторяющийся опыт имеет следствием ту диссоциацию значимых мотиваций и сфер психики в ходе незащищенного психического развития ребенка, которую описал Sullivan. Семейная динамика, наблюдавшаяся в этих семьях, характеризуется автоматизмами и навязчивым избеганием, состоянием, которое описано как псевдовзаимность, расщепленный и перекошенный брак, защита стереотипных ролей и динамика козла отпущения.

Наши познания о сущности шизофренной реакции и процессе ее терапии значительно обогатили также работы Searles (1965), который поначалу понимал и лечил шизофренную реакцию как болезнь отдельного человека. В ходе своей 14-летней работы он пришел к выводу о том, что речь идет о патологии отношений индивидуума и его окружения, и понимал шизофренную реакцию как проявление патологии семейной группы. Шизофренно реагирующий пациент в годы самого раннего развития рассматривался как объект, а не как самостоятельный полноправный индивидуум. Запрет развития своей идентичности со стороны окружения, т. е. матери и семейной группы из страха потерять их собственную, загоняет пациента в сумасшествие. С одной стороны, каждый шаг к собственной идентичности как индивидуума связан поэтому для пациента со страхом разрушить этим существование матери, семьи и окружения. С другой стороны, он живет в постоянном страхе утраты собственного существования. Этот конфликт находит свое выражение в патологическом симбиозе пациента с морбогенной матерью или группой, за благополучие которой больной чувствует себя ответственным, платя за это своим собственным эмоциональным и физическим существованием. С одной стороны, полностью растворяясь в этих симбиотических отношениях, с другой же - опасаясь именно этого как потери собственной идентичности он не может организовать собственную эмоциональную жизнь и находится поэтому в состоянии интенсивной и экстремальной изоляции. Шизофренная реакция, которой пациент отвечает на эту реакцию (это может произойти в детстве, пубертате или позже, когда актуальные пусковые факторы вновь создадут эту ситуацию) понимается Searles не только как форма защиты, а одновременно как попытка спонтанного излечения; это — точка зрения, которая восходит как к концепции Freud о попытках восстановления, так и к теории Sullivan о “schizophrenic way of life”. В концепции “симбиоза” как отношения, которого шизофренно реагирующий пациент столь же желает, сколь и избегает, Searles связал шизофренную реакцию с патологией развития в раннем детстве. В своей терапевтической работе он пытался восстанавливать этот симбиоз, переживать его совместно с пациентом и помогать ему в конце концов выходить из него в качестве полноправного индивидуума.

В последнее время некоторыми авторами делалась попытка привлечь наследственную, так сказать, “эндогенную” слабость Я для объяснения возникновения шизофрении и тем самым “дополнить” психодинамическое объяснение биологически-генетически.

“Врожденная слабость Я” (Benedetti, 1970b) соучаствует, по мнению этих авторов, в психодинамике как “унаследованное условие возникновения шизофрении” (M. Bleuler, 1972). Как объективный момент в будущем больном оно провоцирует патогенную констелляцию, которая затем делает из предрасположенности заболевание.

С моей точки зрения, это представление недоступно всякой верификации и остается без терапевтических последствий, если не стимулирует установки отчаяния. Каждый ребенок, как я пытался это показать, рождается существом со слабым Я и в своем развитии зависит от “facilitating environment”. Нет оснований для утверждения, что маленький ребенок, даже на основе врожденного дефекта Я, пусть в смысле простой предрасположенности, вызывает патогенную динамику семьи, вследствие которой загоняется в болезнь. Лишь когда симбиотиче-ский конфликт приобретает бессознательную патологическую автономию, можно говорить о такой провокации, это же нарушение Я должно, с моей точки зрения, в ходе терапии пониматься и устраняться именно психодинамически — задача, в отношении которой наследственно-биологическая концепция не дает никакой помощи. В дальнейшем я хотел бы на примере пациентки представить генез, динамику шизофренной. реакции в связи с историей жизни и ход лечения.

Пациентка Хуанита, молодая художница, поступила ко мне на психотерапевтическое лечение в возрасте 26 лет. Она находилась в состоянии выраженной спутанности и демонстрировала в своем поведении все т. н. “первичные признаки”, которые Eugen Bleuler (1911) описал как характерные для шизофрении.

Она слышала голоса, которые высмеивали ее, бранили “ведьмой”, страдала бредовыми представлениями о том, что из батареи центрального отопления на ее рабочем месте — она работала как художница в НИИ — выходят угрожающие ей невероятные животные. В ходе защитной реакции она полностью оклеила батарею нарисованными ею монстрами. Пациентка демонстрировала отчетливые нарушения мышления, аффективности и восприятия тела.

К этому времени она уже три года находилась на психотерапии у терапевта, к которой обратилась из-за постоянных депрессий и суицидных мыслей. Она чувствовала себя в общении этим терапевтом, которая уделяла ей много понимания, очень защищенной, но затем внезапно почувствовала угрозу и преследование с ее стороны. Терапевт распознала психотический характер реакции Хуаниты и одобрила принятое самостоятельно пациенткой решение искать помощи у терапевта мужского пола.

Пациентка много лет живет отдельно от своей матери, работницы государственного предприятия. Контакта с другими родственниками не было. Пациентка жила изолированно в снимаемом ею помещении.
История жизни

Хуанита выросла в неблагополучных условиях у своей матери. Отец, алкоголик, разорил семью и покинул ее, когда пациентке было 3 года.

Мать была не в состоянии обслуживать арендованное малое фермерское предприятие, она вскоре была вытеснена взявшимися за это своими родителями и братом и жила с дочерью в одном из помещений дома в примитивных условиях. К низкому вспомоществованию, которое мать получала от своих родителей, она добавляла доходы от случайной проституции. Своих меняющихся клиентов, в основном солдат из близлежащих гарнизонов, она принимала в помещении, в котором жила вместе с дочерью, половой акт совершался в присутствии дочери, часто спали втроем в единственной постели, которую мать делила с дочерью.

Отношения с родителями матери и дядей были враждебно напряженными. Мать ревностно следила, чтобы Хуанита не завязывала никаких дружеских контактов с родными. Она заставляла пересказывать каждое слово, сказанное дочерью в разговоре с ними. Она старалась предотвратить по возможности посещения других родственников. Она постоянно говорила, что дочь должна бояться всех посторонних и прятаться. Таким образом она привязала дочь к себе, заключив ее в строгую ситуацию собственного социального гетто. Она обозначала дочь как свою единственную подругу, которой может доверить свои проблемы. От дочери она требовала того же, нисколько не считаясь при этом с потребностями ребенка.

В садо-мазохистских играх с дочерью она обращалась с ней как с предметом, безраздельно предоставленным ее произволу. Она избивала ее “для удовольствия, чтобы показать, кто имеет власть”, использовала ее как мишень для бросания мяча, выбив ей при этом два зуба. Контакт между ними протекал в форме непрерывной цепи ситуаций double-bind. С одной стороны она соблазняла дочь к сексуальным играм, с другой — реагировала отвращением на вопрос дочери о том, что такое онанизм.

Она не позволяла дочери носить очки, поскольку это портит ее внешность, но постоянно бранила ее как уродливое и глупое существо, такой же “тип преступника”, как и ее отец. Она брала ребенка с собой, отправляясь воровать фрукты, и без угрызений совести оставляла ее одну, когда за ними гнались крестьяне.

Она препятствовала каждой попытке пациентки установить отношения с другими людьми, внушая дочери страх перед незнакомыми и презрительно критикуя знакомства. Каждый самостоятельный шаг Хуаниты она воспринимала как личную угрозу и террором подавляла его. Больная не получала поддержки ниоткуда. Родственники не одобряли поведения матери, однако буквально ничего не предпринимали. Пациентка оставалась зависеть от матери и жила в чрезвычайном принудительном симбиозе с ней, служа ей мячом для игры в ее садистических капризах.

Поведение матери было при этом постоянно пронизано глубокой амбивалентностью и хаотичностью. Она в подробных описаниях сообщала дочери о своей молодости, обучении на фортепиано, отношении к животным и т. д. Дочери, однако, она ничего этого не позволяла. Мать ожидала, что дочь должна быть вполне довольна быть ее дочерью.

Она была агрессивна в своем эмоциональном обращении с ребенком. Она демонстрировала дочери “как голуби кормят своих птенцов”, насильно заталкивая ей в рот разжеванные куски хлеба своим языком. Когда Хуанита при этом сопротивлялась, мать возмущенно и с нарастающей агрессивностью напоминала ей о том, что, будучи маленьким ребенком, она охотно позволяла кормить себя таким образом.

Позднее она часто избивала дочь без всякого повода. Она постоянно угрожала отдать ее в приют, в котором ежедневно избивают до крови. Когда же дочь в конце концов в отчаянии просила ее сделать это, мать продолжала избивать ее со словами: “Ага, ты хочешь покинуть свою мать, я тебе покажу за это!”

Мать долгое время кормила Хуаниту грудью и носила на руках. Она переживала каждый шаг ребенка в направлении отграничения и собственной идентичности как преступление, которое стремилась предотвратить с яростью и отчаянием. Ее социальная изоляция и безучастность окружающей группы вела к тому, что Хуанита оставалась в полной зависимости от матери, которая хотела общаться с ней лишь на самом раннем уровне телесного контакта и кормить дочь “как голуби своих птенцов”.

Пациентка воспринимала это симбиотическое затягивание со стороны матери, неспособной самой отграничить себя от ребенка, с сильнейшим страхом. В возрасте двух с половиной лет она видела свою шестимесячную сестру Луизу мертвой в кровати матери. Последняя рассказала ей позднее, что отец отравил сестру сладостями. Больная же боялась втайне, что мать задушила Луизу в кровати. Мать описывала сестричку с одной стороны как очаровательную маленькую беби, которая в противоположность Хуаните

всегда была мила и довольна. С другой же стороны, она описывала Хуаните сестру также как монстра, волосатого по всему телу с убегающим “лбом преступника”. Поэтому Хуанита думала, что мать задушила ребенка из отвращения и отчаяния. Эти страхи усилились после рассказов бабушки, которая сказала внучке, что ее мать зарыла в навозной куче не одного своего внебрачного ребенка. Во всех этих воспоминаниях пациентки проявляется экзистенциальная угроза, воспринимавшаяся дочерью в садистически амбивалентном поведении матери.

Она была неспособна самостоятельно отграничить себя от матери, она воспринимала отделение от матери скорее с таким же страхом, как и близость ее, и отчаянно сопротивлялась этому, когда в возрасте 12 лет вынуждена была быть отделена от матери, когда та лечилась в больнице.

Лишь в 18 лет, после того, как она сопровождала мать через серию хаотических жизненных ситуаций, в которых та постоянно оставляла ее в беде, Хуаните удалось покинуть мать и начать обучение в художественном училище. Рисование и живопись были единственным занятием, которое мать терпела и принимала без запрещающего вмешательства. Точно так же окружающие луга и леса детства пациентки были постоянно используемой возможностью сбежать от матери и остаться одной.

Пациентка могла присоединить посещение художественного училища к одному из немногих положительных впечатлений своего детства. В начальной школе она с большим изумлением и облегчением обнаружила, что ее учителя и одноклассники относились к ней не враждебно, а с пониманием и теплотой.

Она смогла закончить образование и вступить в лесбиански окрашенные отношения со своей сокурсницей. Однако, расставание с матерью сильно ее отягощало. Мать, ставшая к тому времени рабочей, несколько раз навещала ее. Во время своих визитов мать устраивала ей бурные сцены, упрекая ее в том, что она бросила ее, обрекая на нищету.

Манифестация заболевания

Хуанита реагировала на эти встречи каждый раз с практически полной апатией, параличом побуждений и депрессивным чувством внутренней опустошенности.

Она все сильнее страдала от суицидных представлений и стала искать, наконец, помощь в психотерапии. Это помогло ей за счет теплоты и понимания терапевта сначала найти работу, утвердиться в ней и начать посещения вечерней школы. Усиливающийся материнский перенос на терапевта вызвал манифестацию шизофренной реакции параноидного типа, которая привела пациентку на лечение ко мне, поскольку терапевт мужского пола представлялся ей менее опасным.

Ход терапии

Смена терапевтов сама по себе стала важным шагом в ее терапии. Она испытала как терапевт без упреков позволила ей покинуть ее, тем самым впервые интроецировав ей образ хорошей матери. С другой стороны, терапевт не уклонился от ее потребности в помощи, не наблюдал безучастно воспроизводящийся в терапии конфликт, как это делали дед и дядя.

Самостоятельная смена терапевта показала, что она сохранила здоровый, способный к действию компонент Я. На этот здоровый компонент Я должна была опереться терапия. При этом решающей терапевтической проблемой было, с одной стороны, принять симбиотически-психотический и одновременно деструктивно-амбивалентный перенос пациентки, с другой же, одновременно работать над тем, чтобы пациентка смогла бы выйти из симбиоза без чувства вины. Пациентка находилась в состоянии глубочайшей психотической регрессии, связанной со значительным нарушением или параличом важных функций Я. Задачей терапии не могло быть аналитическое разрешение архаических механизмов проекции и отрицания, с помощью которых она пыталась защититься от грозящей дезинтеграции ее личности. Ей предстояло скорее помочь в ходе восполняющего развития Я дифференцировать ее защитные механизмы и закрыть дыру в Я, ставшую вновь вирулентной в результате отделения от матери.

Поэтому техника свободных ассоциаций была противопоказанной для пациентки. Fromm-Richmann (1958) указала на то, что аналитическая интерпретация может быть успешна лишь когда отношения между терапевтом и пациентом являются позитивными и благожелательными в их аспектах реальности. Устойчивый терапевтический союз с психотически реагирующим пациентом может развиваться лишь очень медленно и постепенно, ибо “психотический перенос шизофренно реагирующего пациента характеризуется глубокой амбивалентностью и интенсивностью”. Слишком поспешная интерпретация может очень легко разрушить позитивный аспект переноса и привести к углублению регрессии.

То обстоятельство, что решающий травматический опыт этой пациентки восходит к превербальной стадии развития Я, чрезвычайно затрудняло установление стабильного терапевтического союза. Архаические конфликты, манифестировавшие в отношениях переноса к терапевту, часто вряд ли могут быть высказаны словами, и аналитическая интерпретация архаических механизмов защиты поэтому будет восприниматься пациентом не как эмоциональное обращение, а как укор или отвергание.

Поэтому было необходимо установить терапевтическую ситуацию большой гибкости и разнообразия, которая бы позволила пациентке двигаться как можно свободнее и разнообразно сообщать о себе и воспринимать себя на невербальном уровне. В такой ситуации она могла воспринимать и удовлетворять свою потребность в близости к терапевту, обходя при этом связанные с каждым прямым контактом

психотический страх и деструктивную защиту от него. То обстоятельство, что пациентка была художницей и своими нарисованными в психотическом состоянии картинами смогла принести в терапию впечатления и представления из своего превербального мира, дало мне уникальную возможность как для дифференцировки терапевтической ситуации, так и для наблюдения и контроля невербального терапевтического процесса.

Я видел пациентку дважды в неделю на терапевтических сеансах. При этом я отказался, как уже упоминалось, от формальной фиксации обстановки. Пациентка свободно передвигалась, ходила вокруг, садилась на стул, выходила на кухню, чтобы что-нибудь выпить и т. д. Терапевтический разговор велся сначала преимущественно на уровне внешней реальности. Мы говорили о работе пациентки, ее жилье, квартирной хозяйке, финансовом положении и вечерней школе, которую она посещала.

Затем пациентка внесла в ситуацию свои картины, написанные в психотическом состоянии вне терапии. Эти картины вначале тоже не интерпретировались, а обсуждались лишь как художественная продукция. Они имели при этом двойную функцию: для меня картины больной были сейсмографом, по которому я мог прямо определять, на каком уровне и отрезке терапевтического процесса мы находились. В состояниях глубокой регрессии с расплыванием границы Я пациентка рисовала “картины болота”, мрачные тона в зыбких формах, в которых всегда возвращались угрожающие глаза матери.

Терапевта она изобразила в целой серии картин как каменного идола с неподвижным взором. Себя саму она рисовала чаще как маленькую голубую серну. (“Пуглива как серна”,— называли ее незнакомые, у которых она пыталась прятаться). Такое изображение себя с помощью дегуманизированных форм типично для шизофренного переживания Я.

Тяжелые состояния кризиса нашли свое выражение в картинах, на которых отсутствовала всякая телесность. Монстры, составленные из диссоциированных частей тела, как когти, клювы, глаза и зубы угрожали на этих картинах голубой серне, ее заколдовывал волшебник, представлявший терапевта.

Для пациентки, однако, картины были возможностью показать преследующие ее страхи, добиться контроля своего Я над ними и подарить их наблюдающему вспомогательному Я терапевта. Картины служили ей одновременно для нейтрализации и как катализаторы ее терапевтического отношения. Она могла ставить картины между собой и терапевтом — создавалась своего рода нейтральная территория, на которой она могла бы общаться с терапевтом, не боясь слишком большой близости. Кроме этого она получала за счет внимания, которое вызывали ее картины, нарциcстическое подкрепление, усиление чувства собственной ценности, и постепенно усиливающееся чувство Я доверия к себе.

С другой стороны, однако, совместное рассмотрение и обсуждение картин открывало терапевту возможность прямой интерпретации. Картины можно было интерпретировать, и пациентка могла принять из этого то, что относила к себе, и отвергнуть то, что казалось ей слишком опасным, не выставляя себя для открытой конфронтации с терапевтом. Таким образом я мог постепенно обойти ее архаическую защиту “без необходимости разрушать ее и смог установить с пациенткой контакт, не повергая ее в психотический страх.

Таким образом, в рамках амбулаторной психотерапии возникли предпосылки аналитической терапии средой, которые вытекали из ситуационной необходимости. Свобода движений пациентки в терапевтической ситуации давала ей возможность быть наблюдаемой и давать о себе разнообразные невербальные сообщения. Одновременно она получала опыт невраждебного окружающего мира. Часто она выходила на кухню, чтобы попить теплую воду. Долго она не позволяла себе чего-либо большего, и это был значительный шаг вперед в терапии, когда она позволила себе выпить молока, которое себе перед этим сама согрела.

То, что пациентка в течение долгого времени хотела пить лишь теплую воду, мы можем в рамках отношений переноса понимать так, что она воспринимала терапию как плохое, разбавленное материнское молоко. Все же это было не отравленное и отравляющее материнское молоко, каким она 'Представляла выпивку для алкоголиков. Шаг от теплой воды к согретому молоку явился сигналом того, что пациентка смогла принять терапевтические отношения как настоящие и достойные доверия. Позже я позволил ей быть у меня и вне сеансов терапии. В то время, как я работал с другими пациентами, она сидела на балконе, готовила уроки, учила слова или читала книгу.

Мир картин, который пациентка создала между собой и терапевтом, мы можем понимать как оформление и углубление расширенной в подходах к среде терапевтической ситуации. Эта среда должна была служить двум целям. С одной стороны, это гораздо больше соответствовало потребности пациентки в близости, тепле и защищенности, чем это было бы возможно в какой-то лишь вербально определенной ситуации. С другой стороны, это позволяло пациентке преодолеть сильную амбивалентность, с которой она воспринимала эту близость, расщепить и дифференцировать ее разнообразными артикуляциями.

Это, однако, было для нее жизненно необходимо, ибо в свою; психотических эпизодах она постоянно переживала именно близость и эмоциональное обращение как сильнейшую угрозу. Именно тепло и внимание к ней со стороны своего первого терапевта пациентка, в конце концов, начала воспринимать в психотическом переносе как враждебность и преследование.

Она сказала позже в сеансе терапии, что знала заранее все что говорила ей первый терапевт. Это может быть выражением той чрезвычайной проницательности, которую мы часто наблюдаем именно у шизофренно реагирующих пациентов — признак того, что здесь важнее не устранить вытеснения и

обеспечить вытесняемым содержаниям доступ к сознанию, а помочь шизофренно реагирующему пациенту более дифференцированно обращаться с возникающими в регрессии эмоциями, чем это ему позволяет психотическая защита. Здесь справедливо замечание Federn (1952a) о том, что терапевт должен помочь пациенту жить со своей психической энергией, экономить силы и вкладывать их в строительство гибких границ Я.

Здесь верно также то, что говорилось выше о дозировании аналитических интерпретаций. Терапевт не должен обращаться к пациенту морализируя, иначе помощь при формировании границ Я будет восприниматься как враждебное ограничение, как отвергание в принципе и непонимание конфликтов пациента.

Fromm-Richmann (1946, 1948, 1950) по праву подчеркивала, что терапевт, закованный в узкие ценностные представления мелкобуржуазной жизни, выступающий по отношению к шизофренно реагирующему пациенту лишь как своего рода агентура общественного нормативного поведения, никогда не добьется успеха.

Смена терапевтов у пациентки способствовала, с моей точки зрения, средовому характеру терапевтической ситуации, расщеплению психоза переноса, продуцирующего страх.

Значение смены терапевтов явствует также из картины, которую пациентка нарисовала в это время и позже принесла в терапию. На картине изображена пациентка на дороге, ведущей к реке, к реке мертвых. На правой половине картины изображены два маленьких “душевных кораблика” на воде. Пациентка идет мимо “дерева глаз”, представляющего депер-сонализированно мать как связку угрожающих глаз. Маленький мост ведет через реку мертвых на другую сторону. Цвета картины мрачны и изогнутый сверху край горизонта сообщает впечатление, что весь ландшафт представляет собой внутренность шара, маленький выход из которого окружает горизонт.

Пациентка сообщила, что она нарисовала картину незадолго до смены терапевтов, страдая от сильной депрессии и постоянных суицидных мыслей. Она долго колебалась, должна ли она покончить с собой или еще раз предпринять попытку терапии. Именно лишенное упреков согласие первого терапевта на смену терапевтов сделало для больной возможным переход через “реку мертвых”.

Сны

Мое поведение по отношению к пациентке было с самого начала определено сознанием того, что я неформальным образом иду навстречу ее симбиотической потребности, имея в виду разрешение симбиоза. При этом целью было обеспечить пациентке доступ к ее чрезвычайным страхам. Отчетливая картина ее конфликтной ситуации и мобилизованного в терапии страха передана пациенткой во сне, о котором она рассказала во время сеанса и записала для терапевта.

“Было темно, ледяная, враждебная ночь, и много людей, среди них я, взбирались на крутую гору, чтобы что-то узнать. Мы шли как разведчики и у меня было неприятное чувство, потому что я должна была идти крайней слева, потому что знала, что враг где-то подстерегает. Наконец, я увидела, что поднимаюсь одна за, как я знала, моим демоном. Я знала, что как только я увижу то, что нужно (для меня), он сбросит меня вниз. Я все же шла дальше и положила, наконец, обе свои руки в его и позволила тянуть себя наверх последнюю часть пути.

Что я тогда увидела, я не знаю, но нашла совершенно бессмысленным то, что он жестоко и неумолимо улыбался и столкнул меня в пропасть вместе со слоем земли, который вдруг оказался на вершине.

Я сильно ударилась и лежала на скале, еще воспринимая все, но уже почти став камнем. Вдруг я очнулась из оцепенения и знала, что это длилось тысячу лет, и теперь второй слой земли, объединенный с первым, должен низвергнуться в бездну. Страха у меня не было. Я видела у подножья купающихся и загорающих молодых людей и горестно подумала: они еще ни о чем не догадываются, а сейчас второй обвал все поглотит.

Тут со страшным грохотом с вершины свалился второй диск земли, как радуга (из глины), все сметая с собой, в пропасти из трещин в породе извивалась глинистая вода и поглощала все. Потом я видела себя в подземном мире снова как дух среди духов, мыслящую, но бестелесную. Все было наполнено развевающимися растительно живыми тонами, сернисто-желтый, зеленый, фиолетовый и неприятные голубые и красные цвета. При этом раздавалась очень дисгармоничная музыка (как будто джаз).

Я удивлялась, что другие духи еще цеплялись за эту форму существования и совершенно не искали окончательного выхода. Я искала и нашла выход, на правой стороне которого стояла светлая колонна. Я выскользнула в бесконечное серое пространство и с облегчением почувствовала, что, наконец, меня покинула последняя жизнь и потерялась, растворилась в этой атмосфере. Тем закончился сон. Демон же, когда я отчетливо рассмотрела его на вершине, имел полностью ваши черты лица и фигуру”.

Этот сон я не истолковывал строго аналитически. Я принял его скорее, так же, как раньше картины, как подарок пациентки и интерпретировал описываемую в нем всемирную катастрофу как закат ее психотического мира, который расщеплен на два слоя, ведется демоном-терапевтом на вершину, а затем сбрасывается в пропасть. Описанная амбивалентность пациентки, которая чувствует себя с одной стороны влекомой терапевтом вверх, с другой — сбрасываемой в пропасть, которая воспринимает свою жизненную ситуацию как потусторонний джазовый подвал и узнает освобождение лишь в полном исчезновении своего существования в бесплотном сером пространстве, нашла иное выражение во сне, который пациентка

рассказала несколько дней спустя:

“Сегодня мы играли в снежки и это было прекрасно. Когда я, наконец, совсем запыхалась и не могла продолжать, мы остановились. Вы легко положили руку на мое плечо, и я смогла, наконец, передохнуть. Внезапно наступила большая живительная тишина и покой. Мне не было уже холодно и я чувствовала себя защищенной”.

Оба сна, которые, как уже было сказано, по времени были очень близки друг к другу, связаны также вместе тематически. В то время как сон о конце света представлял грозящую опасность, связанную для пациентки с терапевтическим контактом, и в драме космических размеров объединяет освобождающие и лечащие аспекты терапевтических отношений с представлением апокалипсической катастрофы, то во втором сне терапевтические отношения как оживляющее и игровое взаимодействие и “большая живительная тишина и покой” не связаны больше с представлением об окончательном растворении себя. Оба сна хорошо описывают размах терапевтической ситуации, в которой пациентка с одной стороны воспринимала терапевта как разрушительного демона, с другой же искала и ощущала его поддержку.

В другом сне, о котором рассказала пациентка, отчетливо выступило ее желание вступить в терапевтический союз, с другой стороны он отчетливо иллюстрирует, что пациентка переживала саму свою патологию как чудовищную механику, против которой она объединяется с терапевтом.

“Мне снился странный похожий на машину человек, которого иногда видели некоторые люди. Он появлялся в одном из многих помещений подвала и тем, кто его там видел, это стоило жизни. Некоторые люди знали об этом, но боялись делать ему вызов. Среди этих людей были и вы. Вы мужественно смеялись и хотели все же попытаться увидеть человека-машину. Я очень боялась, что он вас убьет, и пыталась отговорить вас, но вы только с превосходством смеялись, считая, что можете встретиться с ним и без оружия. Мне было известно, что его губительную власть можно было сломать лишь с помощью определенного старомодного, совсем изогнутого по форме пистолета, если вовремя приставить к его груди.

Я смогла достать себе этот пистолет, и поджидала, когда вы захотите попасть к нему, держась вблизи подвала, пока не узнала, в каком помещении он находится. Я умоляла вас еще раз не входить, но вы не обращали на это внимания.

Сначала было совсем тихо, затем вдруг человек-машина ожил. Его глаза страшно загорелись, при этом он стоял неподвижно, подстерегая. Вдруг он взмахнул руками и бросился на вас с разинутым ртом. Я ужасно испугалась и бросилась в помещение. Я ударила его пистолетом в грудь и боялась, дрожа, что он не подействует. Он пошатнулся, казалось, силы оставили его, но причинил ли он вам уже вред, я не видела. На этом сон кончился”.

Способность видеть сны предполагает относительно сильное и развитое Я. Во время острых психотических состояний мы не наблюдали снов, поскольку функции Я цензуры и вытеснения не действовали. Появление снов означает поворотный пункт в процессе терапии психозов и сны поэтому являются важным диагностическим инструментом. Существенным было и то, что пациентка перестала рисовать, когда начала видеть сны. Ее рисунки были, так сказать, ее речью, пока она не научилась говорить.

Психотически реагирующие или близкие к психозу пациенты переживают свои сны как весьма близкие к реальности и часто с трудом различают сон и реальность. Признак того, что границы их Я очень слабы. Я хотел бы в этой связи указать на то, что сны пациентки в процессе ее терапии приняли иную ценность, чем это бы имело место в анализе невротической реакции (Ammon, 1971f, g).

В терапии неврозов анализ сновидений делает возможным доступ к динамике вытесненных первичных процессов бессознательного. Фигурально выражаясь: сновидения используются как лаз, который анализ постепенно превращает в шахту, расширяя его за счет выносимого на поверхность бессознательного материала.

В терапии шизофренно реагирующих пациентов, которые страдают не от слишком сильного вытеснения, а, напротив, от наплыва бессознательного материала, сны имеют совсем другую функцию. Они показывают, что функции Я пациента развились или реорганизовались настолько, что пациент в состоянии интегрировать свой опыт в смысловые связи.

Как раньше картины, я приветствовал сны, которые Хуанита все чаще приносила в терапию как творческую продукцию, которая в драматической форме артикулировала то, что пациентка ранее переживала как аморфный страх.

Поворотный пункт

Размах интегративного эффекта снов становится ясным, когда мы сопоставим их с психотическими эпизодами, которые пациентка повторно испытывала в ходе терапии.

У нее повторялись интенсивные ощущения деперсонализации. Тогда она в течение минуты чувствовала, что ее голова отделена от тела, или она ощущала себя своего рода насекомым, жуком, чувствовала, что ее ноги стали большими и бесформенно распухшими, что ее голова сморщилась до размеров булавочной головки. Один из этих психотических эпизодов стал, наконец, поворотным пунктом терапевтического процесса. Пациентка пришла на сеанс в состоянии выраженной психотической спутанности. С собой она принесла картину, представлявшую очень неясный абстрактный рисунок в плавающих смешанных красках. Она принесла также письмо, которое написала с большими усилиями, где просила о помощи. Как она сообщала, она пришла дома в состояние кататонического паралича, что сопровождалось угрожающими

галлюцинациями. Она чувствовала, что воздух стал вязким и зловонным, что ложка на столе приняла угрожающее положение и пыталась схватить ее. Помещение потеряло свою структуру, стул пытался схватить ее. Вокруг нее сидели демоны, чудовища и большой глаз.

Пациентка, придя на сеанс, испытывала во время рассказа о себе панический страх. При этом у нее было чувство, что зверь в ее груди прогрызает все увеличивающуюся дыру. Она оказалась совершенно недоступной вербальной коммуникации.

Я пытался сначала выйти на уровень ее конкретного рассказа и символическим жестом убить животное, которое ее медленно пожирало, но не достиг этим успеха. Пациентка оставалась недоступной контакту. Я вызвал после этого у себя в сознании доминирующую на тот период динамику отношений переноса. Пациентка воспринимала меня как демона, как это показали некоторые сны, о которых она сообщала за два месяца до этого, когда она находилась в контролируемом ею состоянии.

Я начал усиливать в этом пункте психоз переноса и сказал: “Ты помнишь, что я демон? Я сейчас задушу тебя”. Эта внешняя угроза проникла через ее галлюцинаторную защиту, и она стала умолять меня: “Дорогой демон, пожалуйста, не убивай меня, пожалуйста, не делай мне ничего, не ломай мне кости, не отрывай голову, не вырывай из меня мясо”.

Она была крайне напугана, очень бледна, вся в поту, но уже не имела ощущения, что зверь в груди пожирает ее. Тогда я сказал ей: “Демон хороший. Я не сделаю тебе больно, я буду тебя защищать”. Это ее успокоило. Она не была уже больше в психотическом состоянии и вскоре заснула глубоким и спокойным сном. Когда она проснулась, она рассказала, что чувствует себя освеженной и спала без снов. После этого сеанса у пациентки больше не было психотических эпизодов и галлюцинаций.

На следующий сеанс она принесла картину с изображением голубой серны под защищающими ветвями дерева.

Прорыв психотической реакции—был наиболее длительным психотическим эпизодом, который перенесла пациентка в ходе своей терапии, он длился два дня — подготавливался давно. Сон, в котором терапевт виделся демоном, был за два месяца до этого. Может быть, что преждевременные интерпретации сна и картин привели пациентку в состояние чрезмерного стресса. Ее отношение переноса ко мне было чрезвычайно интенсивным и сопровождалось значительным страхом. К тому же я незадолго до этого провел многомесячный отпуск в другой стране, на что пациентка реагировала сильным страхом расставания и усилившейся амбивалентностью.

По поводу техники лечения в описанной ситуации следует сказать — я следую в этом теории Rosen (1953) — что терапевт, вступая как реальное лицо в мир психоза, лишает галлюцинаторные фигуры или зверей силы и цвета, концентрируя их на себе.

Он может тогда так привлечь к себе возбуждающую страх фантазию, что либидо пациента высвободится из аутистического круга его бредовых представлений и может найти путь к реальности за счет установленного психоза переноса — процесс, который мы с Ekstein (1966) понимаем как повторение травматической ситуации и ее одновременное терапевтическое изменение (repeat — repair).

В представленном здесь случае это повторение было успешным. Оно принесло в Здесь и Сейчас терапевтической ситуации наиболее раннее воспоминание пациентки о ее матери, которое она могла рассказать лишь по окончании терапии. Она вспомнила, что мать склонилась с угрозой над ее кроватью и что ей было очень страшно, что мать может удушить ее как сестру, которая умерла в кровати матери при загадочных обстоятельствах. В воспроизведении этой ситуации страха в описанном психотическом эпизоде пациентка смогла испытать измененный опыт. Демон (мать) мог ее задушить, кастрировать и убить, но он не делает этого. В этом опыте “emotional correction” Alexander (1952) видел поворотный пункт терапевтической работы.

Очевидно, что прямое терапевтическое вмешательство, необходимое в описанной ситуации, предполагает предварительное развитие терапевтической ситуации, которая позволяет пациенту постепенное раскрытие своих парализованных функций Я. При этом именно при архаических нарушениях Я психотической реакции важно гибко и подвижно сформировать терапевтическую ситуацию. Терапия должна быть приспособлена к специфическим потребностям и конфликтам пациента, а не наоборот, когда пациент подвергается ритуализированной терапии.

Резюме

В описании этого одного случая терапии я пытался показать, как в рамках амбулаторно проводившейся аналитической психотерапии шизофренно реагирующей пациентки возникала необходимость аналитической терапии средой, о чем я буду говорить в дальнейшем.

В этом случае расширить терапевтическую ситуацию до терапевтической среды помогли картины пациентки, способствуя прогрессивному освоению ее конструктивных функций Я, среды, которой я придал надежные рамки для переживания ее архаических страхов.

Сны, которые пациентка принесла вслед за картинами на сеансы, могли на более высоком уровне и более дифференцированно показать и интегрировать интрапсихические параметры терапевтического процесса и, наконец, к концу терапии пациентка смогла в широкой попытке реконструкции написать о своей жизни. В письме, которое она написала терапевту незадолго до окончания терапии, она говорила: “Я охотно испытала очень редкое и драгоценное переживание... Это как заново родиться, начала, немного надежды и немного

уверенности”.

Резюмируя, можно сказать, что психотерапия шизофренно реагирующих пациентов может пониматься как восполняющее развитие Я пациентов с помощью “Facilitating environment”, которое может перехватить сильные симбиотические потребности пациента, раздробить и нейтрализовать сильные деструктивные тенденции. Не отсутствие переноса затрудняет психотерапевтическое лечение шизофренной реакции или делает его невозможным, а суженные и ригидные формы терапии препятствуют развитию позитивных и конструктивных моментов психоза переноса и могут привести в движение парализующие формы психотической защиты.

4. ДЕПРЕССИЯ

В последние два десятилетия я постоянно убеждался в своей клинической работе в том, что в центре депрессивного феномена стоит страх перед собственной идентичностью. Депрессия представляет так сказать, рефлекс, когда животное притворяется мертвым, она - мертвая жизнь с отказом от самореализации и идентичности. Поразительным образом дальнейший анализ постоянно выявлял глубочайшей основой этого нарцисстическое ядро личности, т. е. патологический нарцизм, который я описал как третичный нарцизм. Патологический нарцизм поддерживает паралич побуждений при депрессии, чтобы сводной стороны избежать нарциcстического шока, который влечет за собой сужающая различные сферы жизни идентичность, а с другой - не подвергнуться критике своих действий, также из страха перед нарциcстическим шоком.

У более чем 1000 студентов я смог установить в последние годы в связи с депрессией корень интеллектуальной заторможенности в работе. Описываемый ниже клинический случай иллюстрирует известную психоаналитическую модель заболевания сверх-Я и тяжелое нарушение объектных отношений, а также неспособность к любви вплоть до самоубийства.

Кроме этого, следует считать центральной причиной нарушенный нарцизм и проблему идентичности. Самоубийство было в этом случае последним следствием нарциcстической защиты, а именно умереть молодым и красивым, любимым и обожаемым многими и избежать принуждения сужающей идентичности и связанного с этим нарциcстического шока.

Несмотря на то, что “маниакально-депрессивное помешательство” (Kraepelin, 1896) не достигло того резонанса в исследованиях и дискуссиях, который принадлежал шизофрении, изучение генеза и динамики депрессии оказалось чрезвычайно плодотворным для развития динамической психиатрии и психо-аналитической теории.

Именно при изучении депрессивных заболеваний были впервые применены психоаналитические методы лечения т. н. душевнобольных. Уже Abraham (1911) сообщил о психоаналитическом лечении депрессивных психотических пациентов. С другой стороны изучение депрессии дало важный импульс для развития психоаналитической психологии Я.

Karl Abraham (1911, 1916, 1924) подчеркивал в своих работах прежде всего неосознанную деструктивную амбивалентность и нарушенную оральность в депрессивном психозе. Психодинамика неосознанной враждебности депрессивного больного понималась им в соответствии с формулой паранойи. Freud (1911): “Я не могу любить людей, я должен их ненавидеть”. Это представление отражается и проецируется на окружающий мир: “Люди ненавидят меня... из-за моих врожденных недостатков... Поэтому я депримирован” (Abraham, 1911). Он объяснял позднее эту динамику нарушением развития в преэдипальном периоде, предполагая, что заданные коситуционально слишком сильные оральные потребности должны вести к чрезмерным переживаниям фрустрации, которые предопределяют реактивную фиксацию развития либидо (Abraham, 1924). Freud (1924) сделал в своей ставшей классической работе “Печаль и меланхолия” попытку “объяснить сущность меланхолии сравнением ее с нормальным аффектом печали”.

Он предполагал причину депрессии в “отрезанной от сознания потере объекта”, воспринимаемой, однако, больным как “потеря своего Я”. В этом “обеднении Я” и связанном с ним снижении чувства собственной ценности он видел центральную психодинамическую проблему депрессии.

Freud принимает за исходный пункт психодинамики потерю амбивалентно воспринимаемого объекта. Этот конфликт амбивалентности Я в реальности не в состоянии переработать. Я отражает его регрессией на уровень нарциcстической идентификации. Я хочет на этой первой ступени своих отношений с миром объектов “поглотить объект в соответствии с оральной или каннибалистской фазой развития либидо соответственно на пути пожирания”.

Через эту нарциcстическую идентификацию, служащую защите от потери объекта путем его поглощения, в Я интегрируется неосознанная амбивалентность. Тем самым в Я возникает “открытая рана меланхолического комплекса”, запускающая деструктивную динамику, в которой Freud видит ключ к тенденции к самоубийству, благодаря которой “меланхолия становится столь интересной и столь... опасной”.

Freud констатирует, что анализ меланхолии учит, “что Я может себя лишь убить, если может возвращением замещения объектов обращаться с собой как с объектом, если может направить враждебность против себя, первоначально направленную против объекта и представляющую первоначальную реакцию Я

на окружающий мир".

Саморазрушение здесь по Freud реактивное, а не следствие инстинкта смерти, как он стал считать несколько лет спустя.

Freud констатирует: "В двух противоположных ситуациях крайней влюбленности и самоубийства Я оказывается во власти объекта, хотя и совершенно различными путями".

Бессознательный конфликт, в котором речь идет о том, чтобы ослабить "фиксацию либидо на объекте", находит свое выражение в упреках себя, которыми Я "обеспечивает, принижает, одновременно также и убивает" ту часть Я, которая формируется интроецированным объектом.

Этот процесс, решающие моменты которого остаются бессознательными, может в конце концов в бессознательном "закончиться, будь ли это в результате того, что ярость выдохнется, или после того, как объект будет оставлен как лишившийся ценности". Я может при этом "насладиться освобождением, когда признает себя лучшим, превосходящим объект". Это дает импульс к мании, в которой Я "преодолевает потерю объекта (или печаль в связи с потерей или сам объект)" и теперь во всем объеме противозамещения "берет на себя болезненное страдание меланхолии". В мании больной демонстрирует свое "освобождение от объекта, от которого он страдал". Остающаяся неосознанной амбивалентность является, однако, причиной того, что сознание "узнает не существенный компонент ее, который мы могли бы признать влияющим на разрешение страдания". Так Freud формулирует психодинамические связи, которые находят все более дифференцированное подтверждение в развивающейся аналитической психологии Я. При этом речь прежде всего шла о более точном определении преэдипальных объектных отношений, в. которых Abraham и Freud предполагали причину депрессивной патологии.

Rado (1928) указал на то, что депрессия сопровождается "сильным интенсивным стремлением к нарциссической гратификации", связанной с "нарциссической нетерпимостью", т. е.. неспособностью переносить фрустрации. Он понимал психотическую реакцию как "большой, отчаянный призыв к любви", направленный к сверх-Я вследствие потери реальности в психозе.

Fenichel (1945) подчеркивал, что "регрессия на оральную фазу либидо", о которой говорили Freud и Abraham, связана с регрессией Я, восходящей к той ступени развития Я, которая находится до отделения Я от не-Я, т.е. до отграничения Я.

Bibring (1953) исследовал в этом смысле депрессию как специфическое "состояние Я" и понимал депрессию как "эмоциональное выражение (признак) состояния беспомощности и безвластия Я", которое формирует "общее ядро нормальной, невротической и, вероятно, также и психотической депрессии".

E. Jacobson (1953, 1954a, b, c, 1957) анализировала в детальных исследованиях историю преэдипальных объектных отношений, имеющих следствием дефицитарное развитие Я. Последнее по Jacobson характеризуется преждевременным обесцениванием родителей на основе чрезмерных фрустраций. Поскольку в преэдипальном периоде представления о Самости и объекте не могут быть ясно отделены друг от друга, это обесценивание затрагивает также и собственную Самость, что влечет за собой "коллапс магического мира" преэдипальных отношений. Следствием является колебание "между оптимистической и пессимистической иллюзией, которая в свою очередь искажает реальность".

Оптимистическая иллюзия ведет тогда к само-раздуванию (self-inflation) в мании, пессимистическая иллюзия к самоопустошению в депрессии.

Jacobson подчеркивает, что раннее и глубокое разочарование со стороны родителей и следующее за этим обесценивание родителей ребенком в сочетании с обесцениванием собственной Самости всегда относится к раннему жизненному опыту депрессивных пациентов, объясняя тем самым свою фиксацию на преэдипальных идентификациях и защитных механизмах. Она предполагает, что "специфическая слабость Я", о которой она говорит и которая выражается в чрезвычайной неспособности пациентов переносить боль, фрустрации или разочарования, а также может иметь наследственный корень — предположение, которое делали также Abraham и Freud.

С моей точки зрения "открытая рана меланхолического комплекса" (Freud, 1916) является выражением неудавшегося отграничения Я в преэдипальном периоде жизни. Проблема отграничения предстает у процитированных авторов прежде всего как проблема фрустрационной толерайтности или интолерантности. Речь же идет не только об этом. Формирование границ Я зависит также от того, получает ли ребенок в своем раннем развитии т. н. "external narcissistic supplies" no Fenichel. На этом я хотел бы остановиться несколько подробнее.

Rado (1928) обратил внимание на то, что депрессивный больной постоянно ищет ситуации, проникнутые либидинозной атмосферой, однако неспособен к удавшимся объектным отношениям и обращается со своими объектами любви как с собственностью— доминируя, безжалостно и авторитарно. И Jacob-son подчеркивала, что депрессивно реагирующие пациенты игнорируют с помощью отрицания всю некомпетентность и слабость любимого объекта, но также и собственные возможности к самостоятельности. Отрицание слабостей объекта и возможностей собственной Самости служит последовательному поддержанию отношений патологической зависимости. Это, с моей точки зрения, указывает на два фактора, имеющих значение для формирования границы Я и обусловливающих ее патогенные нарушения в период преэдипального симбиоза, "депрессивную дыру в Я". Нежный контакт с матерью, прежде всего на физическом уровне, является, так сказать, тем вкладом, который вносит мать или заменяющие ее лица в период преэдипального развития Я в резервуар относящегося к Я нарциссического либидо (Federn) и, тем

самым, в формирование границ Я. Не только ребенок вкладывает нарциссическую либидинозную энергию, это должны делать также и ранние объекты в форме физического контакта, фантазий, которые они связывают с ребенком, предоставляя в его распоряжение простор и инструментарий для представлений. Этот вклад объектов в формирование границы Я пассивно воспринимается ребенком.

Другим важным фактором является функция Я конструктивной агрессии ребенка (Ammon, 1970a). Если таковая подавляется матерью и первичной группой и устраняется защитой, для ребенка останавливается активный поиск объекта и активное взаимодействие с ним. Следствием является превращение конструктивной агрессии в ее противоположность, деструкцию и ее интернализацию.

Ребенок тогда не в состоянии активно формировать и модифицировать отграничение своего Я, ему позволено переживать себя лишь в форме связанной с недифференцированными фантазиями всемогущества либидинозно насыщенной пассивности.

Потребность в активном отграничении, активном формировании и творческом определении этих границ есть та потребность, которая сильнее всего подавляется в патогенезе депрессии. В особенности семейные группы, которые сами как целое неспособны активно определять собственные границы, реагируют страхом на инфантильное желание активного опыта и отграничения. Ригидно гиперадаптивные к внешнему миру семьи переживают потребность в творческом, изменяющем действии как угрозу и подвергают эту потребность особенно ригидному канализированию.

M. B. Cohen и ее сотрудники (1954) смогли показать при исследовании семейных групп психотически депрессивных пациентов, что речь идет всегда о тревожно гиперадаптивных семьях, которые ориентированы вовне в смысле Riesmans (1958) и ожидали от ставшего позднее депрессивно реагирующим пациентом с особенно тревожным ожиданием образцового приспособления и подчинения требованиям социального фасада. Cohen (1954) смогла показать, что матери депрессивных пациентов регулярно меняют свое поведение с ребенком с конца первого года жизни, переходя от относительно теплой заботы к холодному требованию реальности в виде стремления к социальному приспособлению и конкуренции.

Я сам постоянно находил в ранней истории жизни депрессивно реагирующих пациентов матерей, лишенных всякого понимания активных потребностей своих детей, которые могли функционировать лишь в качестве посредников, демонстрируя клишированное, поверхностно ориентированное на социальную реальность поведение. Это отсутствие фантазии воспринимается ребенком как отвергание и травма покинутости.

Функции Я конструктивной агрессии и креативности (Ammon, 1972), воспринимаемые матерью и группой как угрожающие и ригидно канализируемые, отсекаются затем от чувства Я с помощью отщепления и отрицания.

Возникает “депрессивная дыра в Я”, динамика которой определяется регрессивным голодом по объектам, по отношению к которым дозволяется лишь позиция пассивного реципиента. Отказ от действий находит свое выражение в глубокой амбивалентности, на которую, как упоминалось, указывали уже Abraham и Freud.

Часто пациент находит возможность удовлетворить эту потребность лишь тем, что заболевает психосоматически, принуждая тем самым мать и первичную группу оказать ему внимание, в котором ранее было отказано. Реально обоснованная психосоматическим симптомом зависимость находится, однако, в противоречии с собственно экзистенциальными потребностями в нахождении себя, идентичности и их креативным и конструктивно-агрессивным осуществлением, для которых ребенок ищет помощь и поддержку, которые теперь получает лишь ценой беспомощности и пассивности.

Этот бессознательный конфликт определяет также партнерские отношения депрессивного больного, которые он может поддерживать лишь как пассивный реципиент любви и обращения, т. е. депрессивный больной пытается сделать в партнерских отношениях все, чтобы получить от партнера любовь и признание, не имея, однако, возможности давать их сам. Эти отношения не могут также поэтому восприниматься как выражение активной реализации себя, они приобретают характер все более утяжеляющей ноши, которая мешает пациенту жить, вместо того, чтобы быть частью его жизни. Так мы постоянно находим, что слом психосоматической защитной симптоматики или депрессивно-симбиотических партнерских отношений становится провоцирующим событием открытой психотической депрессии.

Мы можем сформулировать это, возможно, следующим образом. Депрессивная реакция есть результат подавленного поведением матери и первичной группы активного поиска объекта или креативного исследования. Ребенок, терпимый и поверхностно хвалимый и любимый матерью лишь как пассивно зависимое существо, будет направлять свою конструктивную агрессию деструктивно против себя самого и всю жизнь тратить всю энергию на то, чтобы оказаться в пассивном и беспомощном состоянии. При этом он обратит свою агрессию также деструктивно вовне, будет под господством навязчивого повторения постоянно разрушать отношения к которым, с другой стороны, так сильно стремится.

Таким образом возникает картина болезни, отчетливо отличающаяся от шизофренной реакции, хотя, естественно, встречаются многообразные переходные формы.

Критерием диагностики среди прочего являются проявления противопереноса у психотерапевта. Объектный голод депрессивного больного аналитик воспринимает в терапевтической ситуации как сильный, часто утомительный и изнуряющий засасывающий поток.

Шизофренная реакция, напротив, провоцирует т. н. чувство молочного стекла. Аналитик чувствует себя

как в тумане. Он ощущает многозначное, диффузное, неопределенное, безграничное и чуждое, он чувствует себя провоцируемым к реакциям, которые ему самому кажутся чуждыми.

Провоцируемые депрессией реакции противопереноса, напротив, лишены этого качества чуждости, они воспринимаются как Я-синхронные.

Этому соответствует различное самовосприятие пациентов. В то время как депрессивный больной страдает от недостатка любви и обращения со стороны всемогущего любовного объекта и неспособен быть в одиночестве, шизоид или больной шизофренией этого не сознает. Он не страдает и когда живет в состоянии постоянного бессознательного психического напряжения. На это состояние указывал также Fairbairn (цит. по Gun-trip, 1952), когда говорил о шизоидных пациентах, чьи жалобы на чувства отрезанности и закрытости, отсутствия контактов, чувства чуждости и отсутствия интересов описывают состояние, которое самими больными часто описывается как депрессия, но которому недостает тяжести и мрачных раздумий, наблюдаемых при депрессии с объектным голодом.

Эта характерная разница показывает, с моей точки зрения, что речь идет о двух специфических, психогенетически различных формах дефицитарного состояния Я, которые восходят к различной истории в преэдипальных отношениях матери и ребенка. Шизофреногенная мать сама имеет множественные нарушения функций Я. Нарушения вызывают шизофреногенное нарушение развития Я уже в самой ранней стадии жизни ребенка, так что он совершенно не может развить когерентное чувство Я. Депрессивогенная мать, напротив, страдает, прежде всего, от специфического нарушения Я, аффективного обеднения. Оно воспринимается ребенком как покинутость с момента, когда мать воспринимается как целостное лицо. И смерть матери к моменту, когда ребенку 2—4 года, может вызвать депрессивную реакцию. При этом решающим является не только мать, но и психический климат всей первичной группы. Я сам встречал в своей практике ситуацию, когда ребенок типично шизофреногенной матери стабилизировался в результате ухода мягкосердечной бабушки. Смерть последней вызвала у трехлетней девочки пожизненную депрессивную реакцию, связанную или чередуемую с тяжелейшими психосоматическими симптомами.

Депрессивогенная мать, так можем мы сказать в целом, способна лишь к аффективно слабым объектным отношениям, однако границы ее Я и соотнесение с реальностью стабильны и более последовательны, чем у шизофреногенной матери. Как чувственно холодная и отвергающая мать, она отказывает ребенку в тепле, эмоциональном обращении и подтверждении — external narcissistic supplies,— которые требуются ребенку для развития и дифференцирования функций своего Я.

В депрессивной реакции поведение и опыт пациента определяются значимым объектным голодом — когда он один, он чувствует невыносимое одиночество и покинутость, от которой он страдает и которая гонит его к безостановочному, часто на всю жизнь, поиску объекта, от которого он требует непрерывно любви и внимания, которых не дала ему мать.

Парализованными этим нарциссистическим дефицитом в смысле негативного чувства Я прежде всего оказываются функции Я конструктивной агрессии и креативности. Следующая из этого архаическая пассивность проявляется затем в повторяющихся попытках пациента возобновить ситуацию ранней преэдипальной зависимости, которая, однако, всегда остается зависимостью от объектов.

Можно в целом сказать, что депрессия всегда переживается в рамках объектных отношений и в них также остается понятной, в то время, как шизофренная реакция характеризуется именно отсутствием этих объектных отношений.

Депрессия означает специфическую форму постоянно не удающихся или дефицитарных объектных отношений, шизофрения же есть выражение ситуации, в которой не удался уже подход к объектным отношениям, поскольку оказались не сформированными границы Я.

Jacobson (1954c) следующим образом сформулировала эту разницу: “Если меланхолик обращается с самим собой, как с объектом любви, то шизоид или препсихотический шизофреник имитирует объект, он ведет себя так, как если бы был объектом, в то время, как пациент в состоянии шизофренного бреда, наконец, думает сознательно, что является другим объектом”.

Депрессивный паралич функции Я агрессии конфронтирует нас со специфически терапевтической проблемой суицидных тенденций, приобретающей особую вирулентность, когда в ходе терапии депрессивная стена, как я хотел бы ее назвать, прорывается и пациент выходит из своей парализованной и парализующей пассивности. Именно в момент, когда появляется первый эпизод конструктивной агрессии и с облегчением воспринимается, пациент переживает свой глубочайший кризис. С одной стороны, он теперь по контрасту измеряет весь объем своего одиночества и беспомощности, с другой — интернализованный запрет конструктивной агрессии, приобретший вторичную деструктивно-патологическую автономию, может получить способность к действию. Именно в этой фазе выхода из экзистенциального паралича происходит поэтому большинство самоубийств.

Freud (1916) понимал, как упоминалось, депрессивный суицид как изнасилование Я объектом, подчеркивая, что убивается интроецированный объект. При этом мы видим, однако, амбивалентную динамику: объект, который убивается, одновременно призывает на помощь и Я, которое разрушается, а должно с помощью суицида одновременно быть сохранено и освобождено.

Клинический пример

Я хотел бы это проиллюстрировать следующим примером: 30-летний студент-филолог, разносторонне одаренный, с хорошей внешностью, высоким интеллектом, пользующийся популярностью у преподавателей

и друзей, вырос вместе с сестрой моложе его на несколько лет, с которой он вплоть до периода позднего пубертата делил постель. Мать пациента страдала тяжелыми депрессиями. Она зарабатывала на жизнь домашним рукоделием, в то время, как отец под разными предлогами проводил большую часть времени в постели, предаваясь интеллектуально камуфлированному бреду величия и преследования. Отец ожил, когда мать и сын исполнили ему танец-пантомиму проститутки с ее сутенером.

Пациент перенес первые тяжелые депрессии после того, как покинул родительский дом и начал обучение в университете. Кризис был преодолен благодаря отношениям, завязанным с близкой подругой сестры, на которой он женился вскоре после рождения сына. Амбивалентная динамика этой связи была лихорадочной. Пациент постоянно колебался в своих чувствах к жене. Он объяснялся ей в любви и в следующий момент чувствовал, что должен окончательно покинуть ее. Он строил вместе с ней планы совместной жизни, которые, после того, как жена увлекалась его воодушевлением, тотчас же оставлял. Чередование эмоциональной привязанности и внезапных разрывов в смысле постоянных поисков объекта и его разрушения буквально загнало жену в безумие. Она начала психотерапию, которую поначалу пациент длительное время контролировал, предписывая жене, что она должна говорить в терапевтической группе и чего нет.

Он сам обратился к психотерапевту, когда их сыну исполнилось 3 года, и он отчаялся в своих усилиях стать любящим отцом своему ребенку. В то же время в связи с окончанием обучения обострился также вопрос его профессиональной идентичности, что тоже вызывало у него большую тревогу.

В психотерапии он переживал такую же постоянную смену симбиотических связей и бегства от контакта. Терапия представлялась то жизненно важной, то угрозой для жизни.

Особая проблема для пациента заключалась в том, что он, с одной стороны, был наделен блестящим интеллектуальным фасадом, связанным с поверхностно интегрированной социальной аффективностью, с другой же —боялся всякого успеха и пытался его сразу же уничтожить.

Он покончил с собой после того, как в диком водовороте меняющихся объектных отношений истощил себя, оказавшись на грани психического срыва и без консультации своего терапевта, обратившись в психиатрическую клинику. Здесь ему удалось за короткий срок восстановить свой фасад уверенности. Он покинул клинику, где его считали здоровым и отравился газом в то время, когда мог еще рассчитывать быть найденным женой, отправившейся с сыном с визитом к родственникам. Эта динамика — инсценировать самоубийство как суд божий, решение которого остается неизвестным до последнего момента, по моему опыту является характерной чертой динамики этих пациентов.

Обсуждение

Freud (1916) в своей цитированной работе указал на то, что на примере меланхолии можно наблюдать, “как одна часть Я противостоит другой, критически оценивает ее, принимает ее за объект”. Он причислил эту “инстанцию, обычно называемую совестью” к “большим учреждениям Я” и высказал ожидание “найти где-нибудь также доказательства того, что она может заболеть сама по себе”.

Изучение динамики депрессии привело Freud к открытию сверх-Я, поскольку лишь в депрессии Я и сверх-Я проявляются раздельно друг от друга. Они не перекрывают друг друга, между ними нет гармонии. Сверх-Я в депрессии приобретает скорее господство над Я. Freud (1923) считал сверх-Я неосознаваемым компонентом Я, который столь же неосознаваем, как не допускаемые в сознание инстинктивные притязания Оно при неврозе.

Заболевание сверх-Я, о котором говорил Freud (1916) выводит нас на патологическую динамику группы, в рамках которой развивается сверх-Я. Сверх-Я представляет, так сказать, интернализованную группу раннего детства, в особенности ее ценностные масштабы. В приведенном выше случае депрессия пациента была выражением психопатологии семейной группы.

Во время диагностического процесса мелькнуло подозрение о наличии шизофренной реакции параноидного типа. При дифференциальной диагностике выяснилось, однако, отсутствие специфически шизофренных нарушений мышления. За психотическую депрессию говорило, кроме того, то, что пациент чрезвычайно страдал от своей неспособности любить, был неспособен оставаться один, и страдал в одиночестве и в присутствии семьи и друзей от невыносимого чувства одиночества и тяжелейших идей малоценности и собственной вины, в особенности по отношению к ребенку. Вследствие навязчивого повторения он вынужден был постоянно искать новых объектных отношений и снова разрушать их.

Преследующая враждебность сверх-Я нашла свое выражение в параноидных фантазиях, которые, как известно, часто бывают при депрессии, в т. ч. шизофренного круга.

Описанный здесь процесс является примером большого числа молодых пациентов со сходной психодинамикой, динамикой нарцизма и связанного с этим страха идентичности. Все более компульсивное решение идентифицировать себя с терапией с одной стороны, с профессией и ролью отца и супруга с другой, было для пациента подобной угрозой его нарциссическим потребностям, которые со своей стороны представляют собой реакцию на нарциссический дефицит (причиненный неспособной любить матерью и семейной группой).

Как мы покажем в следующих главах “Сексуальная перверсия” и “Пограничная симптоматика”, здесь имеется психодинамическое родство при Я-структурных различиях. Недавно также Balint (1968) критически высказался по поводу развития концепции нарцизма в психоаналитической науке. Он указал на противоречия трех теорий в развитии концепции нарцизма у Freud:

1 первичная любовь к объекту (Freud, 1905a),
2 первичный аутоэротизм (Freud, 1914),
3 первичный нарцизм (Freud, 1914).

Balint придерживается мнения, что теория первичного нарцизма “больше создала проблем, чем решила” и должна быть оставлена как неплодотворная. На ее место он ставит свою концепцию “первичной любви”, ориентированную на теорию первичных отношений ребенка с окружающим миром.

Я присоединился бы к концепции Balint потому, что она подчеркивает взаимозависимые отношения в диаде матери и ребенка. С моей точки зрения, при этом следовало бы учитывать динамику первичной группы. Я считаю полезным для клинической практики сохранить концепцию Freud вторичного нарцизма, и наряду с этим ввести третичный нарцизм как компенсацию нарцисстического дефицита (дыры в Я).

В качестве четвертичного нарцизма я обозначаю здоровый нарцизм в смысле автономии Я и расширения идентичности (см. гл. о психосоматике).

5. СЕКСУАЛЬНАЯ ПЕРВЕРСИЯ

Сексуальные перверсии являются в некотором отношении парадигмой для структуры и динамики архаических заболеваний Я. Их систематическое изучение тесно связано с развитием психодинамического мышления и внесло существенный вклад в понимание генеза и динамики т. н. психических заболеваний.

Freud (1905a) открытием полиморфной перверсной сексуальности ребенка установил связь между нормальным сексуальным поведением и “сексуальными отклонениями”, позволившую понять перверсную сексуальность как выражение и результат не удавшейся интеграции психосексуального развития. Он понимал перверсии как “увеличенную и разделенную на свои отдельные побуждения инфантильную сексуальность” (Freud, 1916/17) и противопоставлял их неврозам как специфический защитный механизм, считая невроз “так сказать, негативом перверсии” (Freud, 1905a). Он придерживался мнения, что перверсное поведение, как и невроз, является выражением неразрешенного эдипального конфликта. Под давлением сильного страха кастрации перверсный больной регрессирует на более ранние фазы сексуального развития — регрессия, которая делается возможной благодаря преждевременной фиксации инфантильного развития либидо. Перверсия проявляется поэтому, прежде всего, как знак не удавшегося вытеснения эдипальных стремлений, которое ведет к дезинтеграции организации либидо, уже интегрированной в фаллически-генитальной фазе.

Позднее на первый план выдвинулся аспект психологии Я. На примере фетишизма Freud предложил свою теорию: перверсная защитная операция находится в середине между неврозом и психозом. В качестве компромиссного формирования фетиш имеет характер невротического симптома, связанное же с фетишизмом отделение от реальности с помощью механизма отрицания имеет, напротив, психотический характер (Freud, 1927).

В своей концепции “расщепления Я в процессе защиты” (Freud, 1938a), Freud обратил внимание на структурные следствия этой защитной операции. Операция одновременного признания и отрицания реальности, ведущая к фетишистскому компромиссному формированию, позволяет, чтобы “инстинкт сохранял свое удовлетворение” и “одновременно уплачивалась должная пошлина уважения реальности”. Этот успех, однако, “достигается за счет повреждения в Я, которое никогда не заживает, а со временем увеличивается”. Он заключает: “Обе противоположные реакции на конфликт остаются ядрами расщепления я”.

Freud предполагал, что эдипальная угроза кастрации формирует исходное положение конфликта, однако констатировал: “Весь процесс представляется нам таким странным, поскольку мы считаем синтез процессов в Я чем-то само собой разумеющимся. Но мы очевидно в этом неправы. Столь чрезвычайно важная синтетическая функция Я имеет свои особые условия и подлежит целому ряду нарушений”.

Тем самым поднят вопрос о специфических условиях развития, предрасполагающих Я к “расщеплению в процессе защиты”. Вопрос, ответ на который дает возможным точный анализ преэдипального развития Я.

Уже Freud (1905a) нашел у гомосексуалов “примитивные психические механизмы” и “архаическую конституцию”, а также позднее тесную связь между паранойей и гомосексуальностью (Freud, 1911).

Glover (1933) придерживался мнения, что в перверсии проявляются архаичные механизмы защиты от примитивных, относящихся к самому раннему времени жизни, страхов, в особенности интроекция и проекция. Он полагал, переиначивая формулировку Freud, что перверсия представляет собой негатив скорее психоза, чем невроза.

Gillespie (1952) также подчеркивает преобладание примитивных, ранних фаз развития соответствующих защитных механизмов при перверсии и полагает, что отличие невроза от психоза заключается не в наличии и отсутствии защиты, а в “защите вытеснением и более примитивной защите шизоидного и расщепляющего характера”.

“Сексуальные отклонения” сначала изучавшиеся как проблема неудавшейся интеграции инстинкта, становятся ключом для исследования “синтеза процессов Я” и их “особых условий” (Freud, 1938a), т. е. развития Я и идентичности.

Решающий вклад здесь сделан Khan (1968, 1972). Он понимает сексуальную перверсию как “социальное отреагирование инфантильного невроза перверсных больных”. Перверсное взаимодействие он описывает

как попытку “репарации самости”, которая должна быть в перверсном акте восстановлена как “идолизированный внутренний объект”.

Вслед за Winnicott (1954, 1960, 1963) он понимает эти попытки репарации не в смысле нейтрализации орально-садистических импульсов (Klein, 1932, 1934, 1940), а видит в этом искалеченное проявление первично конструктивного вклада, с которым ребенок выступает для активного формирования межличностной ситуации диады матери и ребенка. Этот творческий вклад ребенка — концепция Khan очень близка моему представлению о первично заданных функциях Я конструктивной агрессии и креативности — служит “nursing of self and object”. Он, однако, получает неадекватный ответ со стороны) генерирующей перверсии матери и первичной группы, игнорируется или активно подавляется.

С ребенком обращаются не как с растущей личностью с собственными инициативами, его не принимают. Генерирующая перверсию мать видит в нем “вещь — творение” (Khan, 1968), которое ею идолизируется и либидинозно загружается. Интенсивная забота о физическом благополучии и чистоте ребенка носит безличный характер. Мать играет с идолизируемой “игрушкой”.

Ребенок вынужден, чтобы не потерять жизненно важное эмоциональное внимание матери, отщеплять чувство своего тела от прочих областей Я (см. Greenacre, 1953b, 1959, 1960a). Он учится переносить это расщепление Я, которое делает для него возможным контакт с матерью, и интернализует представление о себе, в котором пассивно приспосабливается к интересам матери.

В эпидальной фазе, как замечает Khan (1968) матери начинают сознавать сексуальный характер своих отношений к ребенку. Они обычно резко отдаляются, подвергая ребенка “травме позднего расставания”, которая с особой отчетливостью регистрируется относительно хорошо к этому времени развитым Я ребенка и переживается как угроза заброшенности с архаическим страхом уничтожения. Это ведет к реактивному усилению интернализованного идолизированного восприятия себя, тщательно скрываемого от окружающих. Результатом оказывается расщепление Я и интернализованный запрет идентичности, в котором я вижу центральную проблему реакции сексуальной перверсии.

За фасадом успешной социальной адаптации, связанной с часто блестящим формированием отдельных сфер и функций Я, мы находим архаичный страх идентичности. Сексуально перверсное поведение и проявляющееся в нем расщепление Я служит защитой от этого постоянно присутствующего страха и связанной с ним, ставшей деструктивной, агрессией. Во взаимодействии с каким-либо фетишем или партнером-сообщником перверсный человек пытается одновременно восстановить преэдипальную ситуацию жизни с матерью и экстернализировать связанный с отщеплением идентичности и поздним отделением .от матери страх.

Я хотел бы проиллюстрировать это на ряде примеров:

1-й пример

50-летний больной основал в США университет средних размеров и в качестве президента привел его к научному успеху. Он был обаятельной личностью с интеллектуальными способностями и заслугами, выдающимся представителем своей специальности и ведущим членом пресвитерианской церкви университетского городка. Он был женат и жил вместе с женой и четырьмя детьми, которых очень любил. Его профессия была связана со многими поездками, например, для участия в научных конгрессах или сбора средств для улучшения экономической базы университета.

Его поездки служили, однако, наряду с научно санкционированными целями, еще и другим, связанными с его перверсным Я. При “сборе средств” он проституировал со спонсорами. Так, он имел половые сношения с мультимиллионершей старше 70 лет, финансировавшей деятельность университета. Она напоминала ему его мать.

Эта связь стала в конце концов его перверсной потребностью, все более недоступной его контролю. Часто он, очнувшись с испугом, как из состояния сна, обнаруживал себя в ее постели. Эта ситуация стала для него угрожающей, когда он не смог уже разделять роли своего Я, до этого строго разделенные. Его партнерша настаивала на том, чтобы совместно появляться с ним в обществе, хотела, чтобы он был с ней все чаще — желание, которому он не имел сил противостоять. Когда, наконец, об этом узнала его жена, он оказался в состоянии глубокой депрессии и полностью лишился работоспособности — не мог, например, читать, что дополнительно угрожало потерей его научной идентичности. К этому добавилась полная бессонница, которую он пытался устранить все увеличивавшимися дозами седуксена, что привело его к зависимости от препарата.

2-й пример

Схожее сочетание зависимости от лекарств, алкоголизма и перверсной симптоматики вместе с тяжелейшими психосоматическими нарушениями — пациент страдал нефролитиазом и почечными коликами — я обнаружил у фетишиста, перверсно реагировавшего на туфли с пряжками.

Внутренние объекты этого пациента представляли инцестную и переверсную первичную группу. Мать была токсикоманка и алкоголичка, дядя — мультимиллионер — был абсолютным властителем семейного клана, отец жил в материальной зависимости от матери. Фетишем больного была бабушкина туфля с пряжкой, качаясь на которой он в раннем детстве испытал свое первое сексуальное возбуждение и которую

— что документировано анализом многих сновидений — воспринимал как половой член бабушки.

Оба пациента, проходившие после длительного стационирования у меня психотерапевтическое и психоаналитическое лечение в течение свыше пяти лет, обратились за психиатрической помощью, когда не стал срабатывать их защитный механизм расщепляющего Я разделения ролей на перверсное и социально адаптированное Я с изолированными друг от друга фасадами. Следующая за этим диффузия Я и идентичности вызвала панический страх, с проявлениями которого они обратились к врачу.

3-й пример

Другой пациент, который начал психотерапию в связи с мучительным чувством изоляции и симптоматической эритрофобией, часто демонстрировал в психотерапевтической ситуации симптом соскальзывания в диффузные состояния Я. С подросткового возраста он страдал навязчивой потребностью мочиться и испражняться в тайно купленные для этой цели резиновые пеленки, что сочеталось с мастурбацией. Он чувствовал сильное внутреннее облегчение состояния мучительного напряжения с одновременным чувством стыда и внутренней нечистоты.

На индивидуальной терапии он вспомнил, как он в раннем детстве часами безуспешно с ужасным страхом сидел в туалете, регулярно получая затем шлепок по ягодицам от матери, которая сама страдала запорами.

Внешне пациент выглядел безукоризненно, даже слишком опрятно. Его академические успехи находили всеобщее признание.

Резиновая пеленка как фетиш свидетельствует о том, что пациент пытался избежать взаимодействия в раннем детстве с эмоционально холодной и контролирующей матерью бегством во время, когда отношения с матерью были менее нарушенными, жесткими и требовательными. Контраст “нечистой” перверсии с фасадом чрезмерно опрятной внешности и социальной идентичности в обучении отчетливо демонстрирует расщепление Я, воспринимаемое в терапевтической ситуации как диффузия Я.

4-й пример

Расщепление Я демонстрировал также фетишист, который по его собственным словам использовал свои экскременты как объект, в который он онанировал, обнюхивал и съедал по кусочкам. Он был преуспевающим физиком и работал научным сотрудником в исследовательском институте. Свое расщепление Я он продолжал в терапии, где он вначале работал с двумя терапевтами. С одним терапевтом он говорил о своем перверсном Я и перверсном поведении, с другим — о своих невротических конфликтах (это представляет собой особый случай терапевтической техники).

Эти примеры, в которых перверсия сочетается с поверхностно успешной псевдонормальностью, демонстрируют, с моей точки зрения, что нельзя говорить о прямом социогенезе перверсии в смысле конфликта, следующего из господствующих сексуальных нравов. В анамнезе и лечении на первый план выступают скорее психогенные и психодинамические причины болезненного процесса. Решающей при этом является динамика преэдипальных отношений матери и ребенка.

Я хотел бы проиллюстрировать это на дальнейших примерах.

5-й пример

30-летний книготорговец, страдавший симптомом трансвестизма, обратился за помощью, когда его жена ожидала первого ребенка после семилетнего брака. Он радовался ребенку, но был очень озабочен, что тот также будет страдать этим заболеванием. Жена соглашалась выносить его перверсное поведение, воспринимавшееся им самим как неприемлемое и вызывающее отвращение. Она помогала ему при переодевании и макияже. Иногда оба выходили гулять как две подруги. Наряду с трансвестизмом он имел сильные мазохистские потребности, удовлетворявшиеся, когда жена била его плетью. Страх, что об этом станет известно, тянулся красной нитью через всю историю его жизни, которую он описал в начале терапии.

Ребенком пациент хотел быть девочкой. Родители игнорировали его переодевания. В молитвах пациент горько жаловался на бесчувственность матери и испытывал сильный страх, что она может заметить эти его чувства. Позже он начал интенсивно изучать демонстрацию фокусов, искусство отвлекать внимание зрителей так, что они не замечают, что происходит в действительности. Он жил в мире фантазий, которые часто продолжались в его снах и где он исполнял одновременно множество ролей.

Он женился вскоре после того, как он в возрасте 21 года покинул родительский дом, протестуя против постоянных вмешательств своей матери. С женой он жил замкнуто, ничем себя не проявляя.

Свое перверсное поведение пациент описывал следующим образом. Око начиналось с ощущения, “как будто по звонку будильника внезапно во всем теле возникает нервное состояние, и тогда я должен это сделать”. Переодевание и грим делались с перфекционистской тщательностью. В заключение он шел по отдаленным пустынным улицам, фантазируя при этом, что флиртует с заговаривающими с ним мужчинами. Возвращаясь домой, он онанировал перед зеркалом. Вначале он чувствовал после этого облегчение, затем возникало сильное чувство стыда и отвращения.

В своей профессиональной деятельности у него часто возникало ощущение одновременного

функционирования во многих ролях с одновременным сторонним наблюдением за собой.

На одном из сеансов пациент рассказал следующий сон: “Воспоминание о сне очень неотчетливо. Я спасаюсь бегством в пустынную длинную улицу. Преследует меня я сам, переодетый в женскую одежду, с ужасным гримом и искаженным маскообразным лицом. У меня чувство, что случится нечто ужасное, если меня настигнет он (она). 2—3 раза маска оказывается совсем близко, как искаженный крупный план в кино. При этом у меня все время чувство, что это мать. Это звучит как фон всей сцены. Но не как помощь, а как ужас”.

Этот сон в особенности отчетливо демонстрирует динамику перверсного расщепления Я- Перверсное Я, вытесняемая и олицетворенная в акте трансвестизма мать, преследует гиперадаптивное псевдонормальное Я, когда обе половины Я встречаются” “происходит нечто ужасное”.

Тревожно воспринимаемая амбивалентность этой ситуации определяет также эдипальное взаимодействие пациента. Отец по большей части отсутствовал, мать, от которой пациент, как единственный ребенок, был в особенности зависим, без понимания относилась к играм сына, не давала им простора, постоянно стимулируя его поведение в направлении собственных потребностей.

Пациент чувствовал себя по отношению к этой отчетливо фаллически воспринимавшейся матери бессильным, обездвиженным и кастрированным. Амбивалентная реакция пациента проявлялась в двух рельефных тенденциях его поведения.

Он почти обсессивно старался быть дружелюбным, готовым помочь, терпимым и альтруистичным, как если бы обязан был постоянно поддерживать, хорошее настроение у окружающих, усилие, в котором возвращалось подобострастное старание задобрить мать — в школе он всегда был лучшим учеником и общественником.

Наряду с этим была сильная тенденция наказать и разрушать себя самого.

Этот страх стал особенно сильным, когда его жена готовилась родить. Защищаясь от страха покинутости, пациент сильно идентифицировал себя со своей женой. Его интенсивный интерес к уходу за ребенком, появление которого он, с другой стороны, бессознательно воспринимал как экзистенциальную угрозу, обращает наше внимание на описанную Khan (1968, 1972) динамику перверсии, как постоянно повторяющуюся неудачную попытку объединить Я и объект в ситуации “nursing”, т. е. взаимной заботы.

Сексуальное переодевание пациента служило также метафорическому изображению своей архаической потребности в эмоциональном обращении. С одной стороны он мог идентифицировать себя с соблазняющей матерью и в фантазиях возбуждать желание мужчин, встречаемых на улице, с другой он мог, разочаровывая своих фантазируемых обожателей, для которых оставался недоступным, активно проецировать вовне пассивно испытывавшееся в детстве разочарование и, тем самым, отражать свою собственную потребность. В последующем онанировании перед зеркалом он мог удовлетворять собственную потребность относительно интроецированного фантазируемого объекта любви, на что затем реагировал сильным чувством вины.

Здесь становится отчетливым, что перверсный акт инсценирует преэдипальные объектные отношения, в которых хрупкое Я смешивается с объектом через идентификацию и проекцию. Перверсный акт превращает при этом диффузное интрапсихическое состояние в межличностный процесс, который может наблюдаться и контролироваться.

При этом я хотел бы различать две клинические картины. В доброкачественной перверсии можно распознать характер постоянного поиска любимого объекта. Акт трансвестизма, например, в таких случаях удается, он возможен, или гомосексуальные партнерские отношения длятся долгое время. При злокачественной перверсии, напротив, деструктивный момент преобладает как относительно партнера-сообщника или фетиша, так и относительно собственной Самости, которая должна прогрессивно уничтожаться, чтобы освободить Я от интроецированного враждебного объекта.

Симптоматическим выражением этого может иногда стать “не удавшийся” трансвестизм. Трансвестит представляет себя как карикатуру матери, которая воспринимается преимущественно как разрушительная. Это иллюстрирует следующий пример.

6-й пример

Пациент, начавший терапию в связи с невыносимым чувством изоляции и утраты работоспособности, переодевался вечерами, когда в особенности остро чувствовал свое одиночество, используя печную сажу как тушь для ресниц, бесформенные накидки и платки, превращаясь в неприглядную женщину, бродя затем в таком образе по темным улицам. В ходе терапии он вспомнил, что 5-летним мальчиком потерял глаз в результате небрежности отца. В рождественский вечер тот грубым тоном потребовал, чтобы он вымыл руки; в спешке он наткнулся на гвоздь, которым была укреплена дверная ручка. Это повреждение вызвало впоследствии сильное чувство неполноценности, усилившееся за счет соперничества с не ставшей инвалидом и поэтому более любимой родителями сестрой. Вначале ее платья служили ему для изменения своей идентичности. Его трансвеститный образ представлял не сестру, объект зависти, или соблазняющую мать, а олицетворял холодную невнимательную мать в уродливом образе.

Стабильное нарушение телесного Я, происшедшее в результате утраты глаза, воспринималось им как кастрация и означало глубокий нарциссический шок. Оно нашло позже выражение также в перверсной

половине расщепленного Я, в перверсном Я. Мать, которую он представлял в своем неприглядном переодевании, привела своей невнимательностью к потере глаза. Она сначала недостаточно внимательно, как за легким повреждением, ухаживала за тяжелой раной, обратилась к деревенскому врачу и затем в ближайшую университетскую клинику лишь когда глаз было уже невозможно спасти.

Поведенческое отреагирование деструктивных тенденций при злокачественной перверсии часто ведет к социальному самоубийству. Хорошим примером является случай британского премьера Профьюмо, привлекшим внимание несколько лет назад. Еще один пример дает история жизни маркиза де Сада. При этом социальном самоубийстве в обществе, враждебно реагирующем на отклоняющееся от нормы проявление сексуальности, так же, как при суицидных тенденциях депрессивных больных, речь идет о ставшей деструктивной агрессии против интернализованного, воспринимаемого враждебным объекта, как правило, матери.

Общество берет на себя затем в образе своих преследующих учреждений роль ранней матери и начинает соучаствовать в бессознательной динамике в поведении пациента.

Это становится отчетливым в следующем примере.

7-й пример

35-летний водитель грузовика направлен судом на терапию после возбуждения уголовного дела в связи с рядом актов эксгибиционизма.

Пациент рос как нежелательный последыш — его брат был старше на 9 лет — в сексуально враждебном окружении. Мать "абсолютного диктатора", он воспринимал лишь как наказывающую или грозящую наказанием. Отец, депрессивный алкоголик, полностью находился в ее тени. Мальчиком пациенту было "неприятно" "касаться члена при мочеиспускании".

На неожиданную смерть брата — пациенту было 12 лет — он отреагировал резким снижением успеваемости в школе.

Четыре года спустя умерла мать пациента. "Мне все стало странно и нереально, и я не мог плакать. Мне казалось, что мое сердце окаменело. Я не мог посыпать песок на гроб матери".

Немного спустя отец сказал ему, что он был нежеланным ребенком и не должен был появляться на свет. Отец вскоре женился на домработнице, которая до этого поддерживала сексуальные отношения с пациентом.

Вся его жизнь была сплошной попыткой, будучи лишенным поддержки, установить адаптивный фасад нормальности и скрыть свой архаический экзистенциальный страх. Женился он, отбывая свой первый срок тюремного заключения, поскольку невеста "единственная не бросила его". Он нашел, что интеллектуально она ниже его запросов.

Акты эксгибиционизма пациента мы можем понимать как попытку защиты от деструктивных тенденций и связанного с ними архаического экзистенциального страха.

С одной стороны он бессознательно идентифицировал себя с преследующей матерью, импульс к перверсным актам возникал ежемесячно, "как менструации у женщины", с другой он провоцировал систематически свое преследование и утрату своего социального существования.

Как типичную пусковую ситуацию, больной описал вечерние встречи с коллегами по работе, с которыми он много пил, что помогало справиться с чувством бессилия и изоляции. В этой ситуации он слышал два внутренних голоса, позволяющие распознать расщепление Я. Один голос говорил: "Ты сумасшедший". Другой говорил: "Почему? Нет, это прекрасно и не является преступлением". Он мог заставить эти два голоса замолчать, лишь когда говорил: "Сейчас я это сделаю". Акт эксгибиционизма здесь — отчетливая попытка поведенчески отреагировать на угрожаемую давлением архаического страха дезинтеграцию Я.

Технику этой попытки защиты мы можем описать следующим образом: пациент, чье слабое, хрупкое Я не может ни артикулировать, ни интегрировать опыт покинутости, непосильной, ставшей деструктивной, агрессии, бессилия и фантазий мести, пользуется эксгибиционным поведением, чтобы вызвать в своих объектах это состояние внутреннего напряжения, замешательства, возмущения и беспомощности, чтобы сделать их тем самым доступными контролю.

При этом он идентифицирует себя со встречным, который своей реакцией на демонстрируемые гениталии должен воспроизвести его собственное внутреннее состояние. С другой стороны он проецирует преследующую мать на своего встречного, пугая, одновременно нападая и контролируя ее.

Это описанное здесь, отреагированное с помощью идентификации и проекции в реальности смешение представлений о себе и объекте носит, с моей точки зрения, психотический характер. Оно может пониматься как вызванная специфическими пусковыми ситуациями внезапная потеря контроля Я, как я это описал, в частности, на примере внезапного прорыва деструктивной агрессии (Ammon, 1969a).

Пациент описал динамику своей конфликтной ситуации следующими словами: "Я впадаю из одной крайности в другую, из состояния бессилия и пассивной подчиняемое™ я попадаю в преувеличенную активность, не имея возможность контролировать переходный период и найти, что надо делать".

Защитный характер сексуальной перверсии, отражающей архаический страх идентичности с помощью "двойной жизни", в описываемом случае становится особенно отчетливым, когда пациент отреагировал резкими упреками на свое освобождение судом. Он был возмущен тем, что представлен судом обще-

ственности в качестве больного, и считал, что одного этого переживания будет достаточно, чтобы лишить его навсегда возможности получать удовлетворение от последующих актов эксгибиционизма. Немного позднее он прекратил терапию. То обстоятельство, что суд счел его гипернормативный фасад и его перверсную идентичность аспектами его личных проблем, связав это тем самым с его личностью, он воспринял как экзистенциальную угрозу.

Судебное заседание имело для психотерапевтического процесса характер преждевременного раскрытия жизненно важных для больного защитных механизмов.

Пациент испытывал с одной стороны облегчение, когда отпала угроза быть осужденным и попасть в тюрьму как преступник, с другой же он чувствовал себя обманутым, поскольку чуждая Я сексуальность, его “половой инстинкт” как защитная формация была, так сказать, выбита из рук преждевременной интерпретацией.

Упомянутый здесь приговор имеет значение, поскольку суд следовал здесь психоаналитической экспертизе: 1. рассматривал сексуальную перверсию как заболевание; 2. понимал сексуально перверсный акт эксгибиционизма как архаический инстинктивный процесс, недоступный контролю Я, т. е. сознательной воли. В силу упомянутых обстоятельств пациент был оправдан. Этот приговор имеет значение в качестве прецедента, поэтому он дословно приводится в приложении.

8-й пример

Здесь мы хотели бы упомянуть случай эксгибициониста, который хотел напугать в парке 11-летнюю девочку, внезапно появившись перед ней из-за дерева голым с эрегированным членом. Когда девочка не испугалась, а заинтересованно подошла к нему и спросила, что его так возбудило, он впал в панику и вскоре после этого обратился за психотерапевтической помощью в поликлиническом отделении клиники Меннингера. Защитный механизм расщепления Я оказывается здесь не принятым, т. е. партнер или зритель отказывается играть отведенную ему роль при воспроизведении инфантильной сцены, определенной деперсонализированным контактом матери и ребенка.

При анализе сексуально перверсных пациентов мы постоянно находим, что деперсонализированное взаимодействие между матерью и ребенком есть лишь грань комплекса отношений в семейной группе, чья бессознательная динамика определяется страхом личного взаимодействия. Оба родителя более или менее открыто договаривались, кто должен распоряжаться ребенком и иметь его в качестве игрушки. Чаще это — слабый отец, который бегством в профессию или в алкоголь уклоняется от потребностей жены, предоставляя ей вместо этого ребенка для заполнения ее эмоционального и экзистенциального вакуума.

Но также и наоборот происходит, что мать позволяет отцу инцестное отношение к дочери — или открытым согласием или невысказанным сотрудничеством, чтобы получить возможность отойти в сторону. Эта динамика убедительно показана Tuovinen (1972).

9-й пример

Я хотел бы проиллюстрировать это примером. 30-летняя пациентка обратилась за помощью в связи с тяжелыми суицидальными депрессиями. Картину болезни дополняли тяжелые психосоматические заболевания, злоупотребление морфием и периодические сексуальные перверсии, которые она компульсивно отреагировала с различными партнерами.

Родом она была из уважаемой офицерской семьи с давними традициями, в которой отец, генерал, доминировал как непререкаемый авторитет. В анализе она сообщила, что отец под-вергал ее с подросткового периода сексуальным атакам. Он вызывал ее по ночам в свой расположенный в подвальном помещении рабочий кабинет, где она должна была раздеваться и часами участвовать в половом акте (отец страдал приапизмом). Отец пользовался дочерью для развлечения мужской компании своих гостей, коллег-офицеров. Он заставлял ее танцевать перед ними голой или лежать на столе в качестве подставки, когда играл с друзьями в шахматы.

Мать подтвердила затем сведения больной. Она ложилась к себе в постель во время половых сношений мужа с дочерью в его рабочем кабинете, где бодрствовала, листая иллюстрированные журналы и съедая огромное количество конфет.

Мать была старшей медсестрой в большой больнице, обладая благодаря этому непрозрачным социальным фасадом. Она сообщила, что знала обо всем, не выказав при этом особых эмоций.

Ребенок как игрушка или сексуальный объект служит в бессознательной динамике отношений родителей компенсации их собственного страха идентичности и репарации их собственного нарциссического дефицита. В таких деперсонализованных отношениях наряду с развитием Я всегда патологически задерживается и сексуальное развитие. Отщепленная сексуальность служит тому, чтобы деперсонализированное Я испытывало оргазм в компульсивно повторяемых ритуальных действиях, монотонное повторение которых представляет и недостаточно компенсирует не удавшиеся человеческие отношения.

Терапевтическая техника

Ранее повсеместно придерживались мнения, что сексуальные перверсии являются терапевтически резистентными в силу присущего им удовлетворения. Изложенные выше новые познания психоаналитической психологии Я делают, однако, теперь терапию возможной, если терапевту удается

обеспечить связь с неперверсными компонентами Я, чтобы работать с ними над расширением идентичности Я и самореализации. В рамках разработанной мною техники симптом перверсии при этом игнорируется. Я согласен с коллегами, занимающимися терапией сексуальных перверсий, в том, что морализирующей установки терапевта следует избегать; терапевт, порицающий сексуальную перверсию, непригоден для проведения терапии этого заболевания. M. R. Khan (Лондон), специализировавшийся на понимании динамики и терапевтической технике сексуальных перверсий, обходит трудности больного, возникающие в связи с необходимости прямо говорить о своем перверсном симптоме, вводя в индивидуально-аналитическое лечение воображаемое третье лицо (Khan, 1971, личное сообщение в связи с гостевой доцентурой в исследовательском и педагогическом институте динамической психиатрии и групповой динамики, Берлин). Особой технической проблемой терапии является чувство Я (Federn, 1952a) перверсных пациентов. Они переживают свое существование лишь во время сексуально перверсных актов. Описанные Khan и мною техники учитывают этот важный момент; Khan с помощью введения воображаемого Третьего, общаясь таким образом непрямым образом с больным по поводу его перверсных актов, в то время, как я пытаюсь заполнить аффектами усилия пациента по идентичности Я-

Khan говорит о другом лице и достигает этим отчуждение сексуально перверсных симптомов от своего пациента. Симптом становится при этом Я-чуждым и перестает быть Я-синтонным.

Групповой анализ сексуальных перверсий возможен, когда проводится параллельно с индивидуальной терапией и когда в гомогенную в остальных отношениях аналитическую группу включаются по меньшей мере два пациента с сексуальными перверсиями.

К общественной ситуации

Маркиз де Сад рисует в своем труде и своей жизни ситуацию угрожающей потери идентичности, которая проявляется и отражается в перверсной инсценировке. Чрезвычайный эффект, который производит его труд, должен, с моей точки зрения, пониматься как выражение глубокого кризиса идентичности общества, которое нападает на первичный жизненный мир своих членов за счет прогрессирующего опустошения и разрушения групп.

Я уже указывал (Ammon, 1972m), что патологически заторможенная сексуальность деперсонализированной перверсии не должна приравниваться к свободному сексуальному развитию в группе, стимулирующей отграничение и идентичность Я. Именно у творческих людей мы встречаем в полной противоположности концепции ортодоксального психоанализа об инстинктивно-психологической сублимации сексуальные способы выражения, в которых осуществляются многие прегенитальные тенденции, также не соответствующие различным сексуальным нормам (Ammon, 1972m). Отличие от сексуально перверсного взаимодействия, однако, в том, что партнер оказывается неповрежденным и не лишенным личности, и что сексуальность здесь всегда служит выражению личности и средством межличностной коммуникации.

Если в связи с этим говорится, что сексуальность в этом случае подчинена Я, то этим не обозначается отношение к подавлению. Гибкости сексуального выражения соответствует скорее гибкость границ и функций Я, проявляющаяся в многообразии различных состояний Я, делая возможным дифференцированное выражение активных и пассивных, мужских и женских импульсов.

Особенного интереса заслуживают феноменологически сходные состояния Я, какие мы находим прежде всего у пограничных пациентов. Но, как и при перверсиях, часто хаотическая сексуальность угрожает наводнением и дезинтеграцией искалеченному, расщепленному Я — опасность, которая часто должна отражаться сновидным отреагированием с помощью примитивных и ригидных механизмов. Это поведение часто неправильно истолковывается как выражение креативности и свободной сексуальности.

6. ПОГРАНИЧНЫЙ СИНДРОМ

В этой главе я хотел бы заняться генезом и динамикой болезни, которая приобретает все большее значение для практики и исследований динамической психиатрии, ориентированных на психологию Я- Я имею в виду группу пограничных пациентов, которые описывались в традиционной психиатрии как группа психопатий.

Наиболее дифференцированную феноменологию форм т. н. психопатии дал Kurt Schneider (1962), не намеревавшийся проникнуть в понимание психодинамики заболевания и предложить основанные на этом стратегии лечения.

Ортодоксальный психоанализ также долгое время рассматривал т. н. психопатии как терапевтически резистентные, что находит отражение в законодательстве страховой медицины — психотерапевтическое лечение этих больных не оплачивается до сего дня больничными кассами.

Теория

Zilboorg (1931) впервые сформулировал концепцию пограничного синдрома как диагностической единицы. До этого соответствующая симптоматика обозначалась в целом как “невроз характера” (Alexander, 1930, Reich, 1933). Reich (1933) считал, что невроз характера более весом, чем невроз. Ferenczi (1924) обозначал его как “приватный психоз”, переносимый “нарциcсическим Я”, а Glover (1955) отличал “аутопластический” невроз от “аллопластического” невроза характера, обозначая тем самым связанное с пограничной симптоматикой преобладание проективных защитных механизмов. Wolberg (1973) в детальной

монографии анализировал литературу о пограничной симптоматике и сообщал о собственных исследованиях, касавшихся в особенности патогенной семейной динамики последующих пограничных больных.

Как убедительно смог показать Wolberg, уже Freud (1918) в описании клинического случая “Wolfsmann” впервые дал картину клинической пограничной симптоматики, выделив при этом специфические трудности в терапевтической работе. Он проявил в конце концов инициативу в прекращении терапии. О дальнейшей истории жизни пациента, который имел в дальнейшем длинную психоаналитическую карьеру, очень иллюстративно поведала Muriel Gardiner (1971).

Большинство авторов (Knight, 1953; Shaskan, 1956, 1971; Kernberg, 1967, 1968) сходится на том, что для характерной для пограничных пациентов является специфическая слабость в интеграции разнообразно расщепленного Я, которую вполне можно связать с формированием частично дисфункционального фасада адаптированной мнимой личности.

Эта мнимая личность проявляется вначале как лишь невротически поврежденная, однако за этим скрывается архаически нарушенное, расщепленное Я, прибегающее в стрессовых ситуациях к психотическим защитным операциям, которые, однако, остаются преходящими и не могут оцениваться в качестве признаков прогрессирующей регрессии и дезинтеграции личности.

Расщеплению Я соответствует многообразие психопатологической симптоматики, носящей вполне психотический характер, отдельные проявления которой, однако, скрываются за “функциональным фасадом”. В то время, как психотическая реакция вовлекает и основные функции Я, например, внимание, патологически изменяя их, пограничная личность располагает в существенной мере интактными, отчасти высоко дифференцированными функциями Я, которые, однако, не интегрированы между собой, а могут быть лишь поверхностно связаны друг с другом в фасаде мнимой личности.

Защитный характер расщепления Я в пограничной личности отчетливо проявляется в ее неспособности устанавливать стабильные и длительные объектные отношения. Пограничные пациенты чаще находятся в постоянном бегстве от объектных отношений и связей. Объекты остаются чужими, отношения остаются мимолетными, они подчиняются закону бесконтактности и могут поддерживаться лишь до тех пор, пока эта базисная бесконтактность может поддерживаться.

Здесь проявляется параллель с сексуально перверсными пациентами, чьи объектные отношения носят деперсонализированный характер. Однако, в то время, как перверсные больные вполне в состоянии поддерживать длительные объектные отношения в форме деперсонализированного перверсного ритуала, неспособность к связям у пограничных личностей выражается, прежде всего, в том, что они постоянно меняют объект и компульсивно вынуждены обрывать развивающиеся отношения.

Это характерное бегство от каждой личной связи и объектных отношений соответствует архаической симбиотической потребности, которая так же отражается постоянным обрывом объектных отношений, как и проявляется в компульсивной потребности в новых объектах.

С моей точки зрения, в пестрой пограничной патологии, детально описанной Kernberg (1967), проявляется архаический страх идентичности, проистекающий из патологически задержанного симбиоза. Его можно понимать и лечить как выражение раннего нарушения развития Я.

Расщепленная идентичность, демонстрируемая пограничным пациентом в его симптоматике, служит защитой от неосознаваемой диффузности идентичности и связанным с ней экзистенциальным страхом. В основе лежит неспособность отграничить себя от матери. Симбиотическая связь с матерью, которая со своей стороны не позволяет ребенку отграничение, воспринимается пациентом с одной стороны как симбиотическое засасывание, ведущее к сплавлению с объектом и поэтому связанное со страхом полного уничтожения. Стремление же к отграничению, самореализации и нахождению идентичности пациенты воспринимают как равнозначное “убийству матери”. Это стремление связано поэтому с архаическим чувством вины. Расщепление (splitting) идентичности Я служит одновременно как избежанию симбиотического страха расставания, так и защите от собственного стремления к отграничению и к собственной идентичности.

Пограничная симптоматика вследствие этого постоянно связана с общим диффузным страхом, в котором проявляется архаическое недоверие к собственной Самости и объектам. Этот сквозной страх связывает, так сказать, воедино расщепленное Я и объединяет также расщепленную симптоматику пограничных больных, в которой параллельно сосуществуют фобии, навязчивости, сексуальные перверсии, депрессивные реакции, фуги, токсикомании и деструктивная, направленная против собственного Я, агрессия, без доминирования какой-либо специфической симптоматики.

Клинический пример

Я хотел бы здесь на примере истории жизни и лечения одной пациентки показать генез и динамику ядерного конфликта, лежащего, с моей точки зрения, в основе пограничного синдрома. При этом мне важно, прежде всего, показать динамику и конфликтогенное торможение преэдипального развития Я, генерирующее конфликт идентичности пациентки.

Кэти, студентка-филолог, поступила ко мне на психотерапевтическое лечение в возрасте 22 лет. Она сделала уже две попытки в этом направлении. Ее первый терапевт, молодой психиатр, прекратил лечение Кэти через несколько месяцев из-за ее “постоянно отрицательного переноса, ревнивой враждебности и пренебрежения установленными для лечения правилами, в частности, отказом от гомосексуальных

контактов" (сообщение первого терапевта). Далее она проходила лечение у очень симпатичного пожилого терапевта, который, наконец, предложил ей психоанализ в качестве будущей формы лечения, с чем она согласилась. Последовал год ожидания очереди, который Кэти выдержала с большим трудом, чувствуя, в особенности по уик-эндам, внутреннюю пустоту, одиночество и борясь с отчаянием с помощью алкоголя. Она состояла в деструктивной гомосексуальной связи с сокурсницей и страдала от периодически появлявшегося приступообразного переедания.

История жизни

Пациентка выросла в скромных условиях старшей из 4 детей. Когда Кэти начала терапию, родители находились еще в инфантильной зависимости от собственных родителей. Семья жила в доме родителей матери. Отец работал служащим в фирме отца, редко бывал дома, спасаясь бегством в работу и алкоголь.

Преимущественно депрессивная мать оставалась дома, где полностью подчинялась распорядку ее доминирующей матери. С дочерью у нее были тесные отношения. Кэти кормили грудью и носили на руках до 11-месячного возраста. Мать считала это прекраснейшим временем. Она не могла расстаться с дочерью, ей было трудно отнести ее спать. Она постоянно опасалась, что дочь может задохнуться во сне. Когда Кэти сделала первые шаги в возрасте 1 года, мать мучительно вскрикнула. С другой стороны, мать была неспособна играть с ребенком. У нее для этого не хватало терпения. В течение первых двух лет жизни она, по ее собственному признанию, практически не разговаривала с дочерью, считая, что ребенок все равно глупенький и ничего не понимает.

Кэти провела первые 6 лет жизни в теснейшем контакте с матерью, играла рядом с ней и помогала в домашнем хозяйстве.

Начало обучения в школе было воспринято матерью и дочерью как катастрофа. Кэти часто прибегала домой и мать писала освобождающие от занятий записки в школу. Пациентка боялась других детей. Мать саботировала позже любые попытки Кэти играть с детьми и жаловалась на собственную тревогу, которую постоянно испытывала, не видя дочь рядом с собой. Кэти поэтому оставалась в полной зависимости. Она могла делать уроки лишь в присутствии матери, хотя та не оказывала ей никакой помощи, будучи, по заявлению пациентки, "всегда лишь домохозяйкой". Но она нуждалась в близости и восхищении собой матерью и не чувствовала никакого страха лишь в ее присутствии. Для матери Кэти "была всем", она жаловалась ей на поведение отца и искала ее поддержки.

В воспитании она придерживалась строгой протестантской морали, правила которой она проповедовала, сама их не придерживаясь. Курение, выпивку, сексуальность она представляла как тяжкие пороки, которые постоянно запрещала дочери. Кэти поэтому реагировала на свои сексуальные потребности чувством тяжелой вины.

Она старалась понравиться отцу, носила брюки, играла в футбол и соревновалась с ним. Мать часто в шутку называла ее "папиным сыном".

Манифестация заболевания наступила, когда пациентка покинула родительский дом, чтобы начать обучение в университете. Она стала совершенно неряшливой, начала много пить, курить и демонстрировала периодическую прожорливость. За короткое время она установила часто меняющиеся гомо- и гетеросексуальные контакты, попав, в конце концов, в мазохистскую зависимость от сокурсницы, с которой сожительствовала, пытаясь примириться с ее хаотической сексуальной жизнью. Замужество подруги она восприняла как травмирующую потерю и искала вследствие этого психотерапевтическую помощь.

Психотерапевтический процесс

В начале лечения Кэти испытывала меня разными способами. Она сомневалась в смысле психоанализа, говорила о своих трудностях при установлении терапевтических отношений в связи со страхом, что ее опять оттолкнут и обидят. Она хотела, прежде всего, знать, что произойдет, если она во время психоанализа проявит алкогольные и гомосексуальные тенденции. Я пытался объяснить ей, что не нормы морали заставляют меня по мере ее сил ограничивать ее в выпивке и гомосексуальных связях, ибо она пришла на психоанализ не в связи с ее алкоголизмом или гомосексуальностью, как она сама сказала, потому, что страдает мучительным чувством внутренней пустоты и одиночества. Поскольку ее гомосексуальные склонности связаны с проблемой, в решении которой она ищет помощи, она должна их по возможности ограничивать.

Далее наступила длившаяся несколько месяцев фаза в лечении, которая представляла собой наибольшую трудность в этом анализе. Сеансы начинались в основном с того, что пациентка говорила, что не знает, о чем должна рассказывать; она ощущает пустоту, опустошенность, нереальность, затуманивание; монотонным голосом она повторяла, какое напряжение, неясность и отчуждение она чувствует. Она вспомнила, что боялась темноты и смерти, ее мать никогда не могла этого понять. Фразы такого содержания она повторяла постоянно, усыпляющим, монотонным голосом. Вне сеансов она злоупотребляла курением, едой и набирала вес. Она говорила: "Вся тоска идет через рот", или: "Я хотела бы ничего не делать — пить какао с молоком", "внутри дыра, это как мешок без дна — это я". За этим следовали долгие периоды молчания.

Я сам чувствовал себя во время сеансов утомленным и как бы высосанным пациенткой, иногда я на короткое время засылал или чувствовал раздражение. Мне постепенно становилось -ясным, что она пыталась сделать меня неспособным к действии; ритуалом, который выполняла на каждом сеансе. Я был

беспомощен, раздражен и уже думал, что этот анализ окажется безуспешным. Наблюдая монотонное поведение пациентки и распознавая свои реакции противопереноса, проявлявшиеся в сонливости во время сеансов и чувстве полной выжатости, я предполагал, что я очевидно реагирую на поведение пациентки так, как в раннем детстве к ней должна была относиться мать.

Сопротивление в поведении пациентки в аналитической ситуации интерпретировалось: ее молчание является попыткой контроля, как когда-то с матерью, и выражает ее большой страх перемен.

Я чувствовал размах ее страха, вынуждавший ее контролировать аналитика повторяемым, монотонным, гипнотизирующим ритуалом. Когда я ее спросил, что вызывает в ней такой страх, наступила перемена: пациентка начала говорить, ей начали приходить на ум причины этого молчания: она боялась вызвать во мне раздражение рассказом о своем пьянстве и лесбианских отношениях и тем самым потерять меня, что для нее означало наивысшую опасность. Она сказала, что ожидание начала сеанса дается ей с большим трудом, 'поскольку напоминает об ожидании матери. С одной стороны ей хочется напиться и бросить психоанализ ввиду гомосексуальных отношений, с другой стороны она боится этого и стремится к тому, чтобы быть со мной, быть со мной единым целым как тогда со своей подругой и как раньше с матерью, с которой хотела бы быть воедино, чтобы молчать, мечтать, “мочь делать все”. Здесь я спросил ее, действительно ли мать все это делала для нее. Я разъяснил ей, что она вела себя по отношению к подруге именно так, как хотела, чтобы мать вела себя по отношению к ней. Сильнейшая связь с подругой была, однако, страхом потерять ее. Она делала все, чтобы удержать ее.

Постепенно нам вместе удалось проработать причины этого страха, долгого молчания и ритуального поведения во время сеансов. Кэти вспоминала свой большой страх перед темнотой; дома в погребе не было света, но мать часто посылала ее туда за чем-нибудь и не имела сочувствия к ее страху. Она говорила только: “Не прикидывайся”.

В Здесь и Сейчас анализа стало ясно, что пациентка могла ощущать себя лишь в связи с другим лицом — своим заместительным Я: она могла быть единым целым с аналитиком, она хотела бы пить у него молоко как ребенок, хотела бы соединиться с ним, чтобы чувствовать себя, молчать, мечтать, делать все, что угодно. Она тоскует по аналитику, ей страшно, что что-нибудь случится, когда она уйдет с сеанса, ей страшно, что он прогонит ее.

Она говорила о своей потребности только брать, не задумываясь; ожидание этого взятия в анализе для нее мучительно, как муки голода. Ей так же трудно уйти после сеанс; Оральная проблема пациентки проявилась не только в злоупотреблении алкоголем, но и в булимических эпизодах, а также в молчании на анализе. Кэти говорила, что может чувствовать себя лишь во время еды. Она вынуждена так много есть, поскольку лишь во время еды чувствует себя не напряженно хорошо. Она ждет со страхом окончания еды, так же, как окончания сеансов. Здесь в терапии это одно и то же. Поел еды, после сеансов и здесь, в ходе анализа у нее чувств большой пустоты.

Затем Кэти рассказала следующий сон: в большом здании жила женщина, похожая на пациентку, но глаза у нее был как у аналитика. Женщина была во власти летающего чудовища, которое ей приказывало молчать, улыбаться, предписывало как она должна выглядеть, ходить и двигаться. Здание которое во сне было домом женщины, выглядело как здание в котором находился кабинет аналитика. Чудовище, у которого было лицо мужчины, спустилось на землю, улеглось, раз двинуло ноги и потребовало у нее вступить с ним с половую связь. В этот момент пациентка услышала голос маленькой дочери этой женщины. После этого женщина получила праве говорить. Она спросила чудовище: “Кто ты?” Чудовище ответило: “Я твой сын”. Она сказала: “Это невозможно”. На это чудовище ответило: “Да, я твой будущий сын”.

Этот сон какое-то время был в центре нашей работы. Пациентка говорила, что она все время плохо чувствовала себе после сеансов. Теперь же ей лучше, ей стало не так страшно.

Кэти думала, что она сама является чудовищем, существом с лицом человека, ребенком, мальчиком, которым она должна была бы быть. Потом она видела аналитика как чудовище-мужчину и боялась его. Затем она снова видела себя женщиной; чудовище приказывало ей, мешало говорить, помыкало ею предписывало, что она должна говорить и делать: жить как монахиня, покинуть подругу, учиться. Потом она воспринимала женщиной аналитика, но так же и себя саму. Ей казалось, что ее подруга является чудовищем, а она женщиной, над которой оно властвует. Но также и наоборот, она сама чудовище и властвует над подругой. Она хотела бы знать, кто она. Она сказала, что сон точно показывает чувство, которое она испытывала во время сеансов, но также и чувство единения с аналитиком. Она говорила о своем страхе быть у меня и одновременно о страхе уйти от меня, потерять меня и тем самым потерять себя. Этот страх угнетал ее, как страх перед смертью. В связи со сном она вспомнила из детства следующее событие: она однажды сказала матери, что чувствует себя задавленной ее постоянными жалобными требованиями. Тут мать закричала как чудовище. Кэти ужасно испугалась, что может убить мать. Она говорила, что ей помогает выдержать этот психоанализ то, что аналитик на ее стороне. У нее чувство, что он действительно понимает, как это было с матерью.

За недели, что мы работали над сном, пациентка впала в регрессивное состояние. Лишь с большими усилиями она могла расстаться со мной после сеанса, курила без меры. На нее нападали приступы голода и ужасное чувство внутренней пустоты. В состоянии, недоступном волевому контролю, она ехала после сеанса анализа в магазин, покупала без меры хлеб, молоко, колбасу, шоколад, пирожные и безудержно

съедала все это в автомобиле. В Здесь и Сейчас аналитической ситуации она поняла, что переживала, что недостаточно получает от аналитика и вспоминала из детства постоянную борьбу с матерью из-за еды: она ела всегда быстро и жадно.

После этого сна с чудовищем в психоанализе наступил перелом. Его привела интерпретация предложенного ранне-детского архаически-симбиотического материала. Внешне наступила отчетливая смена аффективного состояния пациентки. Ее ранее преимущественно депрессивное настроение внезапно сменилось на гипоманиакально-эйфорическое. Молчание сменилось фонтанирующим разговором. Она говорила при этом, что хотела бы иметь от аналитика столько же, сколько сама приносила в разговоре. В конце сеанса Кэти говорила: “Что-то произошло, я снова могу чувствовать”.

Наряду со сном о чудовище прорабатывался также и симбиоз, т. е. постоянно воспроизводимая ситуация симбиоза с матерью и связанный с ней страх деструкции, проявлявшийся в анализе сопротивлением и тормозивший психоаналитический процесс. Лишь после распознавания и интерпретации этого симбиотического сопротивления аналитический процесс мог продвинуться дальше.

Затем Кэти снилась пожилая женщина, лежащая мертвой. Первая догадка была, что это — аналитик, лежащий мертвым, как она на аналитической кушетке. Она нужна аналитику; если она покинет его или анализ, она убьет его. Она вспомнила, что, собственно, всегда имела ощущение, что мать умрет в одиночестве и тоске по ней, если она покинет мать. Но затем она сказала, что, может быть, сама убила женщину и что эта женщина — ее мать. Лишь таким убийством она смогла стать свободной для жизни, свободной для учебы. Она чувствовала, что мать стискивает ее и принуждает к пассивности. Эта мертвая женщина олицетворяет, однако, также и ее отношение к подруге и, одновременно, ее болезнь, сказала пациентка. Высвобожденные анализом сна мысли об “убийстве матери” сделали понятным ее большое чувство вины. Пациентка вспомнила в этой связи, что ее тревожная мать запрещала и подавляла в детстве любые ее попытки любопытного исследования окружающего. Бабушка часто рассказывала, как мать в ужасе вскрикнула, когда она в годовалом возрасте сделала свои первые самостоятельные шаги. Мать испугалась, что Кэти может упасть и повредить себя.

Позднее, как она вспоминала, когда она играла с мальчиками на улице, мать всегда была в большом страхе, что с ней что-то может случиться. Она также не должна была испачкаться; все, что она делала самостоятельно и не для матери представлялось как дурное. Мать с постоянно угрожающе поднятым указательным пальцем относилась к ранним воспоминаниям детства. Кэти однажды вспомнила, что мать сказала ей, как она сама наслаждалась кормлением ее грудью. Она имела в виду, что мать ее так же использовала, как она мать. Потом ей пришло в голову, что во время еды она всегда боялась получить недостаточно, страх, который определял все ее чувство жизни. Не хватало уверенности, что она позже снова получит поесть. В особенности мучительным был этот страх голода вечером и перед отходом ко сну. Она описывала этот страх голода похожим на страх расставания, который испытывала сегодня, когда должна была расстаться с аналитиком после сеанса, и который ранее испытывала, расставаясь с матерью, когда уходила в школу. И для матери прощание всегда было трудным. Кэти боялась, что не увидит мать больше. Отсутствовало само собой разумеющееся доверие к тому, что после расставания будет встреча.

Постепенный прогресс аналитической работы документируется следующим сном, который Кэти рассказала на одном из последовавших сеансов с безудержным удовольствием: она была голой и валялась с другой женщиной на кушетке. Ей доставляло большую радость хватать полное тело, присасываться и кусать его. Эта возня была безгранична, и она не знала, кто был кто.

Кэти была счастлива чувством освобождения, пережитым: во сне. Анализ этого сна выявил исполнение желания приятного и безопасного симбиоза. Симбиотическая ситуация переноса представлялась теперь безопасной. Было чрезвычайно приятно “валяться на кушетке” с аналитиком (матерью, подругой). Выяснилось, что оральная фиксация находится здесь в теснейшей связи с гомосексуальностью, а именно, “стать единым целым с матерью”, что в свою очередь имело следствием диффузность идентичности.

В ходе анализа конфликта идентичности появился материал, представлявший дальнейший корень ее гомосексуальности: эдипальные конфликты. Этого отрезка анализа я коснусь лишь вскользь, поскольку эта проблематика не относится к теме настоящей работы.

Страх перед аналитиком — хотя она чувствовала сильную привязанность к нему — выступил в центр работы. Она понимала, что ее страх передо мной и анализом был страхом перед ее отцом, который мог сделать с ней что-то “ужасное”.

Она вспоминала в этой связи, как сильно боялась, что он может ей причинить зло. Стал отчетливым и ее кастрационный комплекс; она рассказывала, что когда мужчины смотрели на нее как на девушку, у нее было чувство, что над ней смеются. Она вспоминала, что отец всегда критиковал ее, но никогда не хвалил; она всегда чувствовала себя неполноценной, думала, что сможет превратиться в мальчика и стать полноценной, если будет носить брюки. Однако при этом всегда чувствовала себя виноватой и депримированной.

В последующем ходе анализа она смогла описать своего отца как достойного обожания мужчину, которым она восхищалась и любила его. Она поняла, что всегда находила привлекательными лишь тех мужчин, которых могла идентифицировать со своим отцом. Она чувствовала вину по отношению к матери. Чрезвычайно сильная связь с матерью и позже с гомосексуальной подругой имела, следовательно, не только оральные, но и эдипальные черты. На одном из сеансов Кэти в конце концов сказала; “Я —девушка и мне нравится быть девушкой”.

Психоанализ Кэти мог быть закончен. Она смогла демонстрировать спонтанность, стала более женственной и привлекательной и нашла свою идентичность. Она с успехом завершила образование, опубликовала несколько научных трудов, вышла замуж, рожала детей, которых могла любить, не испытывая необходимости их терроризировать.

Через 8 лет после окончания анализа она переписывалась со мной открытыми и дружескими письмами. Она с благодарностью думала о терапии, но не могла вспомнить о деталях, например, о сне с чудовищем.

Обсуждение

Состояние и психодинамика описанной пациентки во многом репрезентативны для т. н. пограничного синдрома. Расщепление идентичности Я становится отчетливым в диффузии ее сексуальной идентификации. Она поддерживала параллельно гомо- и гетеросексуальные отношения и колебалась между мужской и женской идентичностью. Поверхностно ориентируясь на ригидную протестантскую мораль, она была зависимой от алкоголя. Ее переедание свидетельствовало об отчетливом нарушении телесного Я.

Ее длительное молчание в анализе показало нарушение развития речи, дефицитарную структуру "разговорного Я", как я хотел бы это обозначить (Ammon, 1972, неопубликованный манускрипт). Это молчание, коммуникативную функцию которого в анализе выявил Khan (1963) и которое Nacht назвал "Unie", было в данном случае не выражением вытеснения, а демонстрировала нарцисстический дефицит, структурное повреждение Я, которое, как показал анамнез и сделал отчетливым анализ, было приобретено уже в превербальном периоде во взаимодействии с матерью. Пациентка переживала это молчание, с одной стороны, с большим страхом, с другой, молчание было выражением ее желания симбиотической защищенности. Пациентка боялась разозлить терапевта изложением своей симптоматики, ее гомосексуальных желаний и ее алкогольных и пищевых эксцессов. Она одновременно боялась потерять его из-за своего молчания.

Интерпретация этого молчания удалась благодаря точному наблюдению реакции противопереноса, возникшей неожиданно для меня. Этот противоперенос проявлялся в том, что я чувствовал себя после сеансов измочаленным, вялым, лишенным энергии, становился сонливым во время сеансов и в качестве защиты часто приходил на них с опозданиями. По моему опыту, интенсивность противопереноса является индикатором интенсивности нарушений ранних отношений матери и ребенка, причем аналитик ведет себя в своем противопереносе так же, как патогенная мать в детстве, как интернализированный ранний объект (Racker, 1957). В этой связи я хотел бы процитировать Loch (1966), который говорит: "Динамическая власть противопереноса прямо пропорциональна регрессии объектных отношений".

Когда я осознал наличие материнского переноса, я работал с пациенткой сначала над архаическими слоями ее конфликта идентичности, сознательно пренебрегая эдипальными слоями ее проблемы. Когда эта первая решающая фаза была завершена, пациентка сказала на одном из сеансов: "Что-то случилось, я снова могу чувствовать". Когда позже работа шла с ее эдипальными конфликтами, и отец внезапно представился ей как желанный мужчина, она, наконец, смогла свободно сказать: "Я — девушка, и мне нравится быть девушкой".

Это развитие обращает наше внимание на различное значение патологической симптоматики для пограничной личности и для невротических пациентов. Knight (1953) весьма наглядно представил эту проблему в своей основополагающей работе. Он показал, что ортодоксальная концепция, которая представляет патологическую симптоматику лишь в рамках развития либидо и его специфичных для фаз защитных механизмов, недостаточна для психодинамического понимания болезни. Гомосексуальность пациентки была бы в таком аспекте с самого начала представлена как эдипальная проблема бессознательного кастрационного комплекса. Knight подчеркивает, что размах регрессии Я пациента для понимания своей симптоматики и выбор терапевтической техники являются решающими.

Вместе с Freud (1916/17), который описал регрессию либидо как "отступающую армию", Knight также пользуется военной метафорой, чтобы наглядно продемонстрировать проблему регрессии Я. Я пограничных пациентов похоже на отступающую армию.

Различные части отступающей армии занимают позиции в различных пунктах там, где позволяет местность, и ведут затяжные оборонительные бои, в то время, как основные силы армии продолжают отступление. Защитные операции отдельных частей помогают таким образом сохранить ядро армии от поражения, однако, они крайне слабы и поэтому вынуждены каждый раз отступать перед лицом превосходящих сил противника.

С другой стороны, они могут позволить перегруппировку основных сил отступающей армии, получить новое командование и восстановить боевой дух. В этом случае возможно, что армия снова приблизится к аванпостам или даже выйдет за их пределы. Применительно к ситуации пограничных пациентов это означает, что их поверхностная симптоматика, их истерические, фобические, обсессивные и перверсные симптомы являются выражением передовых защитных операций, которые оберегают значительно более глубокую регрессию Я.

Для терапии из этого следует задача не дать себя обмануть "шумом сражения" поверхностной симптоматики, а распознать и оценить состояние главных частей отступившей армии.

Продвинутые защитные формации, "крепости симптомов" не должны устраняться аналитически, их следует обойти, чтобы поддержать ядро армии при ее перегруппировке.

С моей точки зрения, Knight здесь дает отличную картину аспекта психологии Я пограничной

симптоматики и архаических заболеваний Я вообще, из которой следуют далеко идущие следствия для терапевтической стратегии. Симптом или расщепленная симптоматика пограничных больных имеет функцию поддержания контакта с окружающим миром, т. е. компенсаторно заполнить дефицитарную границу Я. Симптом поэтому не следует прямо разрушать аналитическими средствами. Это означало бы, что психотическая динамика регрессирующего, угрожаемого потерей реальности Я, усилится. Симптом следует обойти, его не следует отнимать от больного, который нуждается в помощи, чтобы сделать свои защитные операции более гибкими, т. е. он нуждается в помощи в решении своего архаически-симбиотического конфликта идентичности.

Особенно значимым при этом является, как я показал, наблюдение противопереноса терапевта. От него, так сказать, требуется правильным пониманием своего противопереноса сначала взять на себя за больного жизненно важную работу по синтезу Я, чтобы сообщить ему чувство защиты и содействия.

Что при этом имеется в виду, я хотел бы разъяснить на примере сна о чудовище пациентки Кэти.

Ортодоксальная, направленная на устранение симптома интерпретация видела бы в чудовище сна выражение чудовищно и опасно переживаемых инстинктивных желаний пациентки в смысле эдипальной проблематики кровосмесительства, и старалась бы подкрепить это толкование материалом свободных ассоциаций пациентки.

На преэдипально-симбиотическом уровне Я и проблематики идентичности пациентки чудовище во сне представляется олицетворением решающего для нее вопроса, который она со страхом переживала в анализе и вне его, и который она вновь сильно ощущала во время проработки сна. Затем впервые она смогла также вербализовать его — вопрос об идентичности. Она сказала при проработке сна, что хотела бы, наконец, знать, кто она. Чудовище олицетворяло страх, связанный для нее с этим вопросом. Оно олицетворяло неосознаваемый запрет идентичности, который постоянно вербально и невербально высказывала требовавшая симбиоза мать пациентки; страх, что отграничение от матери есть чудовищное преступление и одновременно страх перед потерей собственной идентичности и собственной Самости в подчинении матери.

Решающий вопрос сна в ситуации переноса был адресован аналитику: позволено ли мне отграничить себя, быть самой собой? Сон принес в перенос вновь пережитую проблематику отграничения от требований матери и первичной группы.

“Сцена сна” в сновидении с чудовищем представляла кроме этого актуальную жизненную ситуацию пациентки и символизировала ее подчиненные отношения с сексуальными партнерами и сокурсниками. Интерпретируя чудовище сна не как символ инстинктивных желаний пациентки, а как символическое сгущение требований подчинения и зависимости, которым пациентка подвергалась в своей первичной группе и которые она вновь переживала как в актуальной жизненной ситуации, так и в терапии, я мог ей помочь понять и проработать ее страх идентичности. Лишь когда это случилось, она смогла сказать, “я снова могу чувствовать”, т. е. иметь чувство Я своего существования. На этой основе было возможно проработать динамику регрессии либидо и невротических конфликтов.

Я хотел бы представить аспект преэдипальных нарциссических нарушений и расщепления идентичности, который, с моей точки зрения, имеет центральное значение для пограничной симптоматики, на рис. 1. Он делает ясной взаимосвязь между симптомами нарушенной оральности (злоупотребление алкоголем и никотином, гиперфагия), диффузией идентичности и гомосексуальности пациентки.

В заключение я хотел бы коснуться проблемы дифференциальной диагностики, с которой нас конфронтирует пограничная симптоматика. Пограничные пациенты показывают в своей симптоматике, так сказать, всю связку связанных с архаическими заболеваниями Я психопатологических симптомов. Шизоидные защитные механизмы в форме расщепления, депрессивные реакции, сексуально перверсное поведение и различные невротические формы защиты сосуществуют друг с другом и могут дополнять и заменять друг друга в своей защитной функции. По большей части к картине болезни относятся также психосоматические заболевания, генез и динамика которых будут рассматриваться в следующей главе.



Рис. 1

Примечание: * — под первичной оральностью я понимаю оральную фазу либидо в здоровом развитии в раннем детстве, которая в ходе позднейшего психогенетического развития десексуализируется, т. е. значительно ограничивается относительно либидинозных потребностей. Прием пищи десексуализируется при ненарушенном развитии инстинктов.
** — Под вторичной оральностью я понимаю фиксированные либидинозное замещение приема пищи (гиперфагия), а также другие компульсивные оральные удовлетворения, как злоупотребление алкоголем, таблетками и никотином.

Использование вторичных орально-регрессивных защитных механизмов наступило у моей пациентки, когда не удалось заместительное нарциссическое удовлетворение автономного чувства собственной ценности.

Нарушенная оральность имеет аспект Я и аспект инстинкта Аспект Я состоит в неудавшемся различении Я и не-Я, и, тем самым, в диффузии идентичности. Аспект инстинкта состоит в оральной фиксации связи с матерью, которая вместе с материнской идентификацией, постоянно возможной в рамках дифзуфии идентичности, ведет к гомосексуальности, возможно у обоих полов.

7. ПСИХОСОМАТИКА

В предшествующих главах о шизофренной и депрессивной реакции, о сексуальной перверсии и пограничном синдроме уже стало ясно, что все эти ранние заболевания Я часто связаны с более или менее выраженной, более или менее хронифицированной психосоматической симптоматикой. Я хотел бы в дальнейшем исследовать психосоматическую реакцию в ее связи развитием Я, показателем нарушения которого она является.

Психосоматическое заболевание рассматривалось до сих пор в понятийных рамках учения Freud о неврозах. Психосоматический симптом в соответствии с этим является, как и прочие проявления невроза, выражением конфликта между инстинктивными притязаниями и защитой Я и истолковывается как компромисс, которым недостаточно отраженное инстинктивное желание создает себе искаженное выражение.

Freud (1894) в этом смысле понимал психосоматические симптомы истерии как результат специфического процесса вытеснения, который он обозначал конверсией. Соматический симптом понимается при этом как представитель одного или нескольких “невыносимых представлений”, сумма либидинозного возбуждения которых “превращается в соматику”.

Этот “прыжок из психического в соматическую иннервацию” (Freud, 1909a) оказывается возможным благодаря специфической предрасположенности, “способности к конверсии”, (Freud, 1894) — мысль, которую Freud позже более дифференцированно понимал в концепции “рядов дополнений” (Freud, 1905a) и “соматического ответа” (Freud, 1905b; 1909b). Компонент Я в генезе соматического симптома видится здесь в защитном действии Я, которое точнее определяется как специфическая форма вытеснения.

Mitscherlich (1954) высказал в связи с этой концепцией интересную мысль, что психосоматические заболевания являются результатом двухфазной защиты от инстинктивных потребностей. Последующее вытеснение в соматику происходит, когда психические защитные операции Я прорываются по внутренним или внешним причинам в форме невротических симптомов и психическое совладание с конфликтом не становится более возможным.

Остается открытым вопрос, откуда угрожаемое Я берет силы для второй фазы защиты, последующего вытеснения в соматику. Каковы психодинамические процессы, которые превращают организм в локус симптомов, и какую роль играет при этом Я?

Mitscherlich сам дает здесь идею, которую, впрочем, далее не развивает. Он говорит о том, что в т. н. “конституционной склонности к болезни, соматическом ответе Freud (1905b “могут скрываться ранние психические травмы и их психосоматические следствия”. Он указывает в этой связи на Freud (1916/17), который считает подобные травмы тем более весомыми, “что они приходятся на время не завершившегося развития и именно благодаря этому могут стать травматичными”. Freud иллюстрирует это следующим сравнением: “булавочный укол в область клетки, отвечающую за клеточное деление, может иметь гораздо более серьезные последствия, чем то же повреждение, нанесенное зародышу или взрослому животному”.

Исследования Greenacre (1953, a, b) подтвердили это сравнение. Они смогли показать, что травматичные влияния соматизируются тем сильнее, чем на более ранних этапах развития: они произошли.

Если же “соматический ответ”, представляющий предвари тельное условие для возможности конверсии, сам приобретаете в истории жизни, это, с моей точки зрения, вынуждает нас к значительной дифференцировке наших представлений о генезе психосоматических симптомов.

Уже Freud (1926) указывает на эту возможность, когда говорит: “Вполне возможно, что психический аппарат перед отчетливым разделением Я и Оно, перед формированием Сверх-Я использует иные методы защиты, чем до достижения этих ступеней организации”.

Fenichel (1945) также считал психосоматические симптомы выражением “прегенитального конверсионного невроза”, не делая, однако, из этого далеко идущих теоретических выводов. Rangell (1953) придерживался точки зрения, согласно которой конверсия является защитным механизмом, который может применяться на всех уровнях развития либидо и Я.

Freud (1895a) предложил теорию психологии Я, связанную с психосоматической симптоматикой — концепцию “невроза страха”. Он указал на то, что психосоматические “эквиваленты приступа страха” или “ларвированные состояния страха” вполне могут заменить приступ страха и причислил их к защитные механизмам проекции.

В “Я и Оно” (1923) Freud развивает концепцию, согласно которой Я может пониматься, как “измененная под прямым воздействием внешнего мира часть Оно”, своего рода “продолжение поверхностной дифференцировки”. Freud в особенности подчеркивает, что восприятие собственного тела представляет собой важный фактор этого процесса дифференцировки. “Собственное тело и прежде всего его поверхность является местом из которого одновременно может исходить внутреннее и внешнее восприятие. Оно воспринимается как другой объект, но при осязании дает ощущение двойного рода, одно из которых может приравниваться к внутреннему восприятию”. В этом смысле Freud констатирует: “Я — прежде всего нечто соматическое, это — не только сущность поверхности, но и проекция этой поверхности”.

Schilder (1923) развил эту мысль в своей концепции схемы тела, и Fenichel (1945) следующим образом описывает функцию этого психического формирования, решающую в отношении истории развития: “Благодаря одновременному появлению обоих, внешних тактильных и внутренних сенсорных ощущений, тело становится чем-то отдельным от остального мира и, таким образом, различение себя от не-себя становится возможным”. Он подчеркивает, что психическое представительство тела и его органов, так называемый образ тела, делает возможным представление о собственном Я и поэтому имеет основополагающее значение для дальнейшего развития Я. Образ Я является ядром Я.

F. Deutsch (1953) использовал эту концепцию соматического Я для объяснения психосоматических заболеваний: он указывает на то, что при психосоматических заболеваниях также вовлекаются психические представительства нарушенных соматических функций. Репаративные попытки Я для восстановления интактного представления о теле нарушаются невротизирующими воздействиями окружения, амальгамирующимися с ранними нарушениями развития Я и инстинктов и формирующими вместе с патологически измененным восприятием собственного тела базу для психосоматического заболевания.

Основываясь на своей концепции роли картины тела в генезе психосоматических заболеваний, Deutsch (1959) подверг понятие конверсии кардинальному пересмотру. В качестве формирующего принципа процесса конверсии он обозначает символизирование и исследует его функцию для отношений с соматическим Я и объектных отношений. Я соединяет опыт отдаленности от внешних объектов прежде всего с чувством, что части собственного тела отделены и утрачены. Проекцией чувственного восприятия своего тела на воспринимаемые отдельно части внешние объекты, так сказать, вновь соединяются с телом,

восстанавливая его утраченную неповрежденность.

Этот процесс, благодаря которому внешние объекты вообще могут принимать характер реальности, Deutsch обозначает как символизацию или ретроекцию. Он предполагает, что символизирующая ретроекция является последовательным процессом, и считает, что его нарушения вызывают симптомы конверсии или психосоматические заболевания.

В развитии картины тела и выделении собственного тела из мира восприятия особое значение имеет восприятие боли, на что указал уже Freud (1923). Он констатирует: “Стиль, в котором при болях приобретается новый опыт своих органов, может быть, определяет собой последующее представление о собственном теле”. Тем самым болевой опыт приобретает конституирующую функцию в развитии Я, и возникает вопрос, какое значение в этой связи должна иметь боль, связанная с психосоматическими заболеваниями.

Federn (1925b) подверг глубокому анализу условия болевого опыта и динамику его нарушений. Хотя он в основном занимается “психической болью”, его понятийная конструкция, с моей точки зрения, плодотворна также и для теории психосоматических заболеваний.

Federn понимает болевой опыт как специфическое достижение Я- Он отличает болевое страдание (suffering) от простого чувства боли (feeling).

Болевое страдание он понимает как активную способность Я включать в свои границы и прорабатывать (“съесть и переварить”) болевое впечатление — отсутствие удовлетворения потребности или потерю любимого объекта.

Чувство же боли, напротив, Federn понимает как процесс, при котором вызывающее боль событие не может быть включено в границы Я, а воспринимается лишь как нападение извне, болезненно затрагивающее внешние границы Я.

Болезненное впечатление поэтому не может быть переработано Я. При каждом возвращении или воспоминании оно с той же интенсивностью наталкивается на неизмененную границу Я и обладает травматическим эффектом.

Эта неспособность Я перерабатывать болезненное впечатление, т. е. или впитать его и дифференцироваться от него, или изолировать его от страха и чувства вины с помощью защитных механизмов — Federn понимает как выражение недостатка присущего Я нарциссического либидо, занимающего границу Я и сообщающую ей качество органа чувств.

В то время, как достаточное нарциссическое замещение своих границ позволяет Я сначала переносить, а затем адекватно перерабатывать воспринимаемую боль, недостаток нарциссического замещения границы Я делает Я пассивным относительно каждого болевого впечатления. Каждая фрустрация, каждая потеря объекта воспринимается как непосредственная угроза интеграции Я и должна как таковая отражаться.

Federn характеризует слабость Я как “первичную недостаточность”, вследствие которого Я остается неспособным принять и переработать связанное с болью страдание, и предполагает, что эта первичная недостаточность становится исходным пунктом порочного круга, в котором накапливаются непереработанные болевые восприятия в форме простого, внешнего чувства боли, чтобы, наконец, навязать слабому Я отраженный болевой опыт в форме депрессии.

С моей точки зрения, психосоматическое заболевание имеет динамику, сходную с той, которую Federn описывает для депрессии. Психосоматическое заболевание может имеет функцию защиты нарушенного Я от дезинтеграции в качестве “эквивалента приступа страха” или депрессии.

Для Alexander (1951) возникновение “психологических и соматических симптомов происходит в одном организме”, он видит в этом лишь “две стороны одного и того же процесса”. Для него отделение психологического исследования от соматически-физиологического есть прежде всего проблема организации научной работы в целом. Единство психосоматического процесса подчеркивал также Schultz-Hencke, формулируя его в своей теории о коррелятах одновременности. Mitscherlich (1954) говорил об одновременном психосоматическом процессе и придерживался представления, что для научной работы психосоматический дуализм должен оставаться определяющим. В этом смысле он требует, следуя Freud, “чистоты методов” соматического и психологического исследовательских подходов. Вслед за Mitchrlich (1954), de Boor (1965) предложил для одновременного психосоматического механизма концепцию взаимосвязанных процессов психического и соматического развития, предполагая, что эти процессы генерируются ядром соматической или психической организации.

Психосоматическое заболевание видится, следовательно, как выражение разрыва параллельного психосоматического 'Процесса, причем Mitscherlich (1966—67) находит интересное различие между еще психосоматическими заболеваниями, которые он понимает как нарушения в рамках психосоматической связи, и обычными соматическими заболеваниями, характеризующимися наступившей соматической “автономией дефекта”.

С моей точки зрения решающая проблема психосоматических исследований заключается не столько в вопросе дуалистической или монистической концепции связи психического и соматического. Ограничение исследований и построения теорий заложено, прежде всего, в индивидуально-психологическом понимании проблем, которое до сих пор господствует как в психоаналитических исследованиях в этой области, так и в традиционной медицине. Я склоняюсь скорее к предположению,, что проявления психических и соматических нарушений в каждом случае указывают на нарушения межличностного процесса

психического и соматического развития, и что поэтому любая форма патологии, в том числе и проявляющаяся в образе индивидуального носителя, восходит к патологическому нарушению взаимодействия в группе, членом которой является больной, служащий ей как носитель симптомов. Разрыв целостного психосоматического процесса в индивидууме основывается, следовательно, на разрыве межличностного целостного процесса в группе, в которой он живет или вырос.

В первые месяцы после рождения потребности ребенка проявляются как сменяющиеся состояния напряжения и удовлетворенности и воспринимаются таковыми матерью и ребенком.
При нестабильном и дефектном реагировании матери на эти проявления не может развиваться дифференцировка внутреннего и внешнего. Возникают расплывчатые границы Я, идентичности тела и доверие к собственным соматическим функциям нарушаются неадекватным или клишированным поведением матери.

Ramzy и Wallerstein (1958) могли, например, показать, что способность ощущать боль формируется лишь в ходе раннего развития в общении ребенка с матерью.

Federn (1952a) говорит об очевидности границы соматического Я, которая должна оставаться интактной, чтобы внешний мир оставался очевидным. “Мы обладаем... постоянным чувством очевидности внешнего мира, возникающего вследствие того, что импульсы из внешнего мира проходят через границу соматического Я с особым качеством ощущений и чувства соматического Я. Психическое представительство границы соматического Я, чувство его очевидности отсутствует иногда лишь частично, например для ног при ходьбе, или для слуха, лица или вкуса. Легкая степень или простое притупление границы Я еще может компенсироваться волевым усилием. Это усилие сопровождает хорошо нам знакомую проверку реальности. Одновременно с ней устанавливается чувство очевидности. “Т. н. нормальный человек имеет постоянно и незаметно все свое чувство соматической границы, позволяющее чувствовать окружающий мир отдельно. Чувство очевидности основано на обращенном к Я, еще лучше на вложенном в чувство Я либидо. Лишь либидо формирует наше Я”.

Ребенок, однако, в самом раннем периоде жизни вынужден опираться на мать как на вспомогательное Я, которая во взаимодействии с ребенком формирует его соматические границы адекватным реагированием на его потребности. Если мать не в состоянии делать это последовательно, то ребенок испытывает в фазе т. н. первичного нарцизма реальное повреждение: я говорю в этой связи о нарциcстическом дефиците, который тянется через последующие ступени развития. Межличностный процесс в симбиозе между матерью и ребенком имеет, таким образом, решающее значение для формирования соматического Я ребенка; здесь решается — успех или неудача (см. рис. 2).

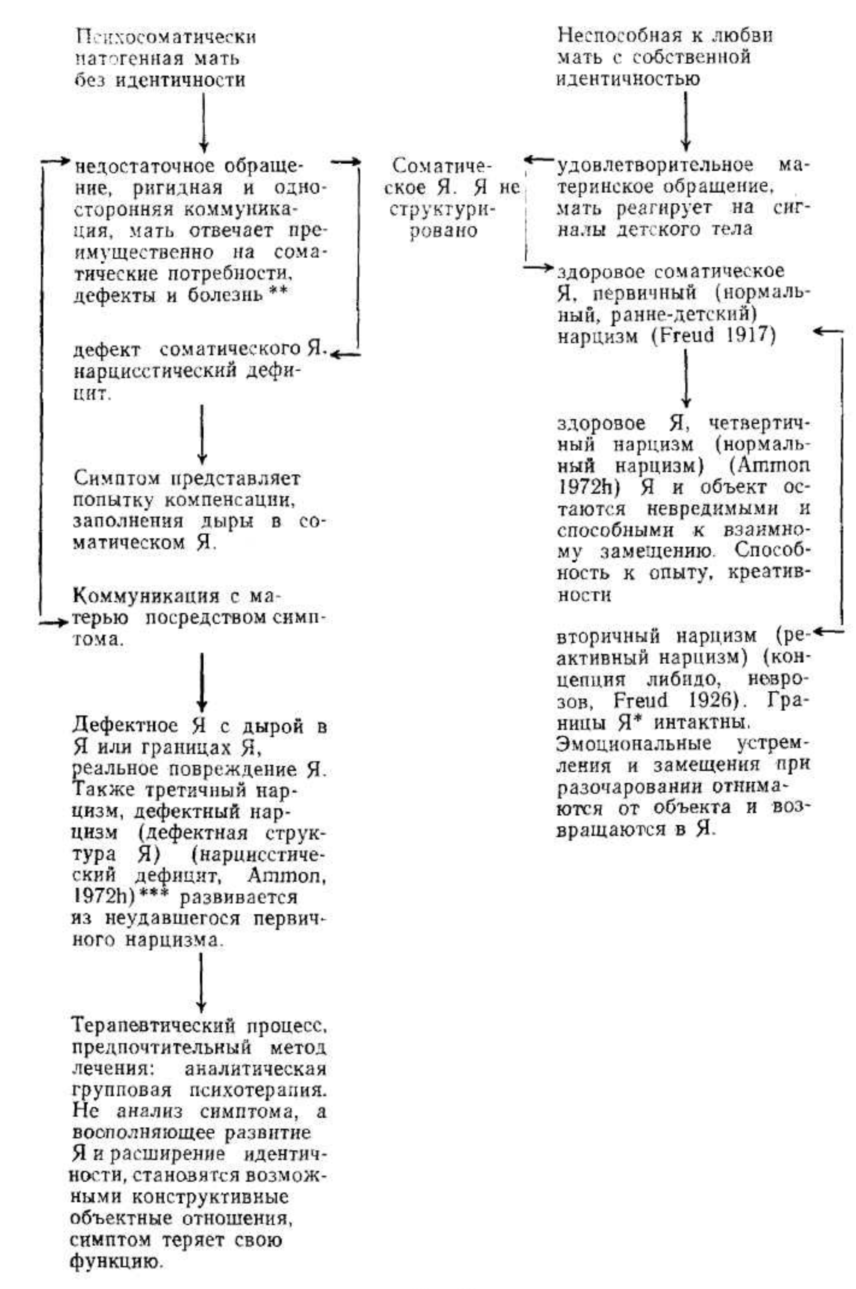


Рис. 2

Самость развивается по образцу ее первых объектных отношений. Объект, который до того был составной частью Я, формируется вначале как частичный объект из еще не структурированного Я. Путь к обретению себя или автономии Я является одновременно нарциссистическим и привязанным к объектам. По Spitz (1959) он тянется от соматического Я к восприятию не-Я, к первобытной самости и далее к нахождению идентичности. Поскольку для формирования идентичности жизненно необходимо нарциссистическое подтверждение соматического рода и эмоциональной атмосферы, дыра в Я означает комплементарное заполнение психосоматической симптоматикой, чтобы таким обходным путем выровнять нарциссистический дефицит и, наконец, получить теплоту и эмоциональную обращенность окружающей группы.

Этот двусторонний процесс развития Я, с моей точки зрения, в особенности существенен для рассмотрения психосоматической симптоматики, поскольку объектные отношения психосоматически реагирующего человека застревают на первичной нарциссистической стадии. У психосоматического больного формируется позднее как частичный объект психосоматический симптом, который до того был интегрирован в его еще не структурированном соматическом Я, и заполняет дыру в Я.

Отграничение собственной идентичности есть не индивидуальное достижение, детское Я зависит от помогающей матери и понимающей группы, которые как “facilitating environment” (Winnicott, 1972)

поддерживает ребенка в удовлетворении его потребностей, опробывании и развертывании его функций Я. Если эта поддержка отсутствует или выражается в форме контролирующего все проявления жизни регламента, тогда шаг к собственной идентичности затрудняется, чему сопутствует деструктивная агрессия и бессознательное чувство вины. Симбиоз остается неразрешенным. Процесс выхода из симбиоза должен протекать по возможности синхронно у матери и ребенка и быть приспособленным к ступеням развития ребенка.

Если же доминирует структура потребностей матери, которая хочет преждевременно освободиться от своего ребенка, происходит задержка развития Я ребенка. Ребенок должен развивать защитные механизмы для восстановления равновесия поглощающим силы образом. Будущий психосоматический больной воспринял как травму эту внезапную разлуку в своем самом раннем детстве, наполнившую его чрезвычайным страхом. Все силы Я в будущем направлены на избежание повторения этого страха. Психосоматический симптом может в этом смысле пониматься как компенсирующая защиты от угрожающей дезинтеграции Я.

В этом смысле можно понимать психосоматическое заболевание также как нарушенную функцию умения сказать “нет”. По Spitz (1959) активная агрессия (в моем определении — функция Я конструктивной агрессии) появляется после удавшегося разделения Я и Самости и связана с достижением функции суждения, умения сказать “нет”. При этом Я не остается пассивным относительно неприятных стимулов, а регулирует коммуникацию в плане дифференцировки действий.

У психосоматического пациента эта способность суждения ослаблена, поскольку он не может различать Я и Самость. В детстве мать реагировала с особой беспомощностью на активные и агрессивные импульсы ребенка, которые воспринимала как нарциссическую обиду. Репаративные выражаемые мускулатурой стремления ребенка отрицались, не распознавались и запрещались. Отсюда следуют: снижение подвижности, гиперактивность и превращение конструктивной агрессии в деструкцию, направляемую против собственного тела. Психосоматически реагирующий человек говорит “нет” себе самому.

Spitz (1959) понимает “нет” как основу способности коммуницировать. Психосоматически больной направляет свою агрессию на интернализованный в соматическом Я частичный объект. Я учится в этой фазе идентификации наряду со способностью к отграничению Я также наблюдать и перенимать общение с матерью, т. е. быть наблюдающей и оберегающей матерью. Поэтому понятно, что психосоматик завороженно, боязливо или строго наблюдает за своими функциями тела и изменениями, так, как если бы они не принадлежали ему.

Студентка 27 лет сообщила на групповом анализе (она с детства страдала бронхиальной астмой), что ее мать недавно написала ей: “Твое здоровье, дитя мое, есть моя наибольшая забота”. Типичными для подобных матерей являются напрасные усилия ребенка добиться от них признания личного вклада детей в достижение собственной идентичности, успеха в учении и работе, партнерских отношениях, быту и путешествиях. Мать постоянно их игнорирует, обесценивая все эти усилия или считая их опасными для здоровья. Лишь когда дочь становится вольной и беспомощной, мать найдет время, любовь и внимание.

Психосоматически патогенной матери свойственна эмоциональная холодность и доминирующее поведение. Она безжалостно напяливает на ребенка свои собственные защитные механизмы и психические потребности. Это поведение психосоматик повторяет позднее в своем окружении, которое также должно ориентироваться на болезнь и связанные с ней потребности.

Wisdom (1961/62) следующим образом отличает психосоматическое заболевание от истерической конверсионной симптоматики: “При истерии плохой элемент (интроецированный, воспринимаемый разрушающим объект. — G. A.) принимает соматическое выражение, в то время, как при психосоматическом расстройстве реагируют на плохой объект”. При истерии конверсионный симптом является выражением символизируемой защиты Я, при психосоматическом заболевании симптом свидетельствует именно о неспособности Я к символизированию.

Злой объект не символизируется, а отражается, защита использует собственное тело, поскольку отграничение от злого объекта не удалось уже на архаическом уровне соматического Я. Таким образом, я понимаю психосоматический симптом как попытку компенсировать не удавшееся отграничение Я.

В этом плане следует также видеть смещение симптомов, с которым мы постоянно встречаемся в ходе лечения (Garma, 1967, 1969). Это смещение симптомов имеет различные аспекты, которые в особенности становятся отчетливыми, когда за устранением психосоматического симптома следует психическая реакция или глубокая депрессия.

Я хотел бы кратко проиллюстрировать смещение симптомов на примере из моей практики.

Студент, который в детстве постоянно страдал от мучительных кожных заболеваний — экзем и гнойных высыпаний преимущественно на руках и лице — заболел в подростковом возрасте тяжелой бронхиальной астмой, которая сохранялась свыше 10 лет. Когда он с помощью курса аутотренинга смог избавиться от приступов астмы, он впал в состояние глубокой депрессии, которое в конце концов привело его к психоаналитическому лечению. В ходе анализа он смог испытать состояние чрезвычайной подавленности, которое он обозначал как “астма без астмы”.

Защитный характер психосоматического заболевания отчетливо виден в этом случае.

Мы знаем примеры, когда психотически реагирующий пациент становится свободным от психотической реакции на время соматического заболевания. На это обстоятельство среди других указывали уже C. G. Jung

(1907) и Dreyfuss (1908); Kuetemeyer (1953) связал с этими наблюдениями свою теорию “характера эквивалента” психосоматического заболевания. Этот характер эквивалента психосоматическое заболевание приобретает, прежде всего, в связи с бессознательной динамикой в семейной группе. Носитель психосоматического симптома имеет определенное значение в поддержании гомеостаза семьи.

Эта гипотеза является результатом изучения и лечения 1987 пациентов, которые с 1965 г. в течение 7 лет наблюдались мной и моими сотрудниками в Берлинской Немецкой Академии Психоанализа.

Из этих 1987 пациентов 35% имели психосоматические расстройства. В 11% случаев семья распадалась после того, как “носитель симптомов” покидал семью, чтобы учиться в другом городе; в 21% другой член семьи, часто сама мать, перенимал роль носителя симптомов. Можно сказать, что слабейший член семьи должен взять на себя роль носителя симптомов, чтобы спасти семью от распада; в 3% случаев наступала психотическая реакция другого члена семьи.

Исследованные и леченные нами больные студенты обращались не в связи с их психосоматическими симптомами, а с общими жизненными трудностями, проблемами в работе, страхом общения и неспособностью к партнерским отношениям. Это обстоятельство сильно повлияло среди прочего на наши исследования и технику лечения психосоматических синдромов, а именно: обращение с психосоматическим симптомом и анализ конфликтов, стоящих за симптомами.

Я хотел бы различать первичные и вторичные психосоматические заболевания. В первом — первичные функции Я затронуты как выражение очень раннего и тяжелого заболевания Я, напр., нарушения речи, походки, питания, зрения и слуха. Симптомы при этом фиксированы и малоподвижны, они фиксированы в целостном соматическом процессе. При вторичном психосоматическом заболевании достигается ступень формирования символов на уровне органного языка. Оно увязано с ситуацией и подлежит, скорее, смещению симптомов, причем болезненный процесс может принимать деструктивные формы на службе враждебного сверх-Я. В целом я вижу психосоматическую реакцию как нарушение автономной функции Я конструктивной агрессии (Ammon, 1970a, 1973).

В анализе психосоматических реагирующих пациентов мы постоянно находим, что мать, под давлением представления идеального Я о хорошей и совершенной матери, воспринимает телесные проявления, в особенности пол, соматические потребности ребенка, как нарциссическую обиду. Ребенок первично воспринимается как дефектный. Защищаясь от этой обиды, мать навязывает ребенку ее собственное бессознательное ожидание совершенства и реагирует враждебностью и непониманием на протест ребенка. Лишь соматическое заболевание ребенка позволяет матери подтвердить восприятие себя как хорошей и совершенной матери.

При этом мать реагирует на заболевание ребенка противоречивым образом.

1. Мой ребенок болен. Сейчас я буду отдавать ему всю свою любовь и заботу и покажу, что, вопреки беспомощности и несовершенству ребенка, являюсь хорошей матерью (бессознательно: пока мой ребенок болен, я могу любить его без чувства вины).

2. Мой ребенок болен. То, что он уродлив и несовершенен, не может быть поставлено мне в упрек (бессознательно: то, что я не могу любить своего ребенка, связано с тем, что он не такой, каким должен был быть).

Это двойное послание матери в реакции на ее больного ребенка сравнимо с коммуникацией double-bind в шизофренных семейных структурах (Bateson, 1969; Weakland, 1969; Ammon, 1971a, b, c, 1972a). И при психосоматически патогенном симбиотическом взаимодействии амбивалентность поведения матери не должна вскрываться. Она, однако, отчетливо проявляется, когда выздоровевший ребенок вновь теряет обращение матери, испытанное им во время болезни, и должен вновь бороться за него с помощью смены симптомов или рецидива старого заболевания.

Психосоматическое заболевание имеет тогда двойную функцию:

1. Оно освобождает мать от конфликта амбивалентности к ребенку и позволяет ей эмоциональное обращение к нему, созвучное ее бессознательным требованиям и страхам. Как мать больного ребенка, она может отграничить собственную роль и позволить ему отграничение в некоторых областях, например, интеллектуальной.

2. Оно дает ребенку, благодаря приспособлению к бессознательному конфликту амбивалентности матери, пространство для развития своего Я в других областях и своего отграничения.

Ребенок платит, однако, за эту стабилизацию симбиотических отношений чувствительным ограничением. Он должен, так сказать, на своей шкуре выносить конфликт амбивалентности матери. Мать, компенсирующая бессознательное отвергание ребенка уходом за больным ребенком, вынуждает его самому сказать “нет” своему организму.

F. Schaeffer (1961) указал в этой связи на “хроническое предательство себя”, проявляющееся в деперсонализованном жизненном опыте психосоматически больного он говорил об “отношении патологической верности”, с которым больной относится к своему психосоматическому страданию.

Психосоматический симптом выполняет два требования Сверх-Я. Он превращает соматическую основу чувства Я в чуждое Я, в не-Я, и допускает соматический опыт в сознание лишь в форме дефицитарного, плохого, часто вызывающего отвращение. Одновременно соматическое Я своим заболеванием выкупает у ограничений Сверх-Я внимание, уход и эмоциональное обращение как благодаря повышению функций своего Я, так и от окружающей группы и общества, которые реагируют заботой на психосоматический

симптом, на психическое же заболевание— отверганием и непониманием. Именно потому, что соматическое заболевание понимается в нашем обществе как чуждый личности, анонимный соматический процесс, его позволительно воспринимать всерьез и пользоваться им как средством регулирования своей судьбы. Мы наталкиваемся здесь на, быть может, самое существенное отличие психосоматического заболевания от динамики при психозе.

В то время, как при психозе граница между Я и не-Я прорывается и Я, наводненное бессознательным, одновременно пытается сохранить и вернуть свою интегрированность с помощью архаических защитных механизмов, психосоматический симптом становится как раз средством освобожденной от сознательного чувства вины коммуникации Я с внешним миром и собственным организмом.

Динамику психосоматической патологии я хотел бы проиллюстрировать сравнением с другими формами заболеваний Я. Специфическая динамика невроза, психотической, перверсной и психосоматической реакции определяется историей ранних объектных отношений. Объект должен в этой связи означать как внешний объект в смысле не-Самости, так и соматическую Самость для Я. При неврозе объектные отношения развиваются как относительно реальности, так и относительно Я. Здесь речь идет, прежде всего, об интрапсихическом конфликте между развитыми психическими системами, определяющим картину болезни.

При психозе связь с внешней реальностью утрачивается в смысле утраты различия между внешней и внутренней реальностью, переживания и поведение больных полностью определяются реально переживаемыми потребностями фантастического всемогущества и инстинктов. Таким образом, границы Я могут в одном случае быть интактными, хотя и угрожаемыми конфликтом, в другом же они разрушены — ситуация, которой сопутствует регрессия на архаические первично-процессуальные защитные механизмы.

Невротик инсценирует свой бессознательный конфликт в сновидениях, навязчивых действиях, симптомах конверсии и поддерживает при этом в широких областях свои объектные отношения.

Психотически реагирующий пациент отреагирует сновидения, страхи, обсессии в реальности, которая становится сценой его безграничного Я. Перверсия и психосоматическая реакция сходны в том, что занимают промежуточное положение. С моей точки зрения, речь в обоих болезненных проявлениях идет об одной и той же психодинамике.

Khan (1968) описывает перверсное поведение как попытку “техникой интимности” создать объектные отношения, которые одновременно таковыми не являются. “Эта техника интимности, механизмом которого является поведенческое отреагирование, соединяет в хрупком балансе защитное использование регрессивного удовлетворения прегенитальной инстинктивной природы, а также мобилизацию архаических психических процессов в надежде освобождения и расширения Я в независимую и координированную организацию и достижения чувства идентичности”.
Эта конструктивная надежда на саморазрушающую перверсную активность терпит неудачу из-за того, что Anna Freud (1952) описала как “неспособность любить и страх эмоциональной сдачи в плен”.

Формулировка Khan динамики перверсий поразительно сходна с динамикой психосоматики. Перефразируя известное выражение Freud, можно сказать, что психосоматический симптом является негативным отпечатком перверсии. Ибо способ, которым перверсный человек устанавливает и поддерживает объектные отношения со своим партнером или сообщником, аналогичен объектным отношениям психосоматически больного со своим телом.

1. Больной организм воспринимается им как объект, не-Самость, с которым он хотел бы установить интимные отношения, субъективно позволяемые ему Не-Самостью.

2. Чтобы установить отношения с организмом, последний должен оказаться чужим, что достигается тем, что перед Я он предстает чужим. Одновременно же болезнь как заболевание собственного организма отвечает потребности психосоматика самому найти объект, с которым он установит отношения.

3. Партнером психосоматически больного является его собственное тело (объект). Больной организм воспринимается как не относящийся к Я и как таковой может быть принят. Одновременно же он может восприниматься как собственное тело и болезнь как сделанная самим.

С моей точки зрения, мы можем распознать в психозе, перверсии и психосоматическом заболевании формы реакций на преэдипальные нарушения первых объектных отношений.

Общим для всех трех выходов из “симбиотического комплекса” (Ammon, 1969с; 1970а; 1971а, Ь, с; 1972а, d) является то, что ребенок всегда выходит с нарциссической раной. Для иллюстрации моего тезиса о структурном родстве архаических формаций Я привожу случай, в котором произошла смена психосоматической, психотически-параноидной и перверсной реакции в ходе терапевтического процесса.

Здесь речь идет о студенте-химике 22 лет, который в детстве был нежеланным ребенком. Мать хотела девочку, полагая, что девочка будет более ласковой и ее дольше можно будет держать при себе, в то время, как мальчика она вынуждена будет воспитывать твердым и самостоятельным. Она кормила ребенка грудью лишь в первые дни после рождения.

В ходе терапии пациент сообщил о воспоминании из раннего детства. Это было зимой, погода была очень холодная и он стоял без перчаток, промерзший, в саду. Он говорил: “Я должен всегда стоять на холоде, я могу лишь мерзнуть и голодать, мне нельзя ничего другого”. Свою мать он описывает как человека с твердым характером, повышенной заботой о чистоте, никогда не болевшую и подавлявшую сексуальность. У отца, напротив, были слабые нервы, он был раздражителен и страдал гастритом.

Дед по материнской линии был “психопат”, уже в 50-летнем возрасте оказавшийся в старческом приюте в связи с преждевременной сосудистой мозговой патологией. Мать представляла деда пациенту как пугающий пример женственности у мужчины. Жесткое воспитание должно было предотвратить, чтобы мальчик не стал похожим на своего деда.

В предпубертатном периоде у пациента развилась нервная анорексия. Мать била сына, отказывающегося от еды, таким образом, что соседи хотели подать на нее в суд за жестокое обращение с ребенком. В пубертатном периоде появились психосоматические симптомы: угри и хронический гастрит. Его внешность приняла женственные черты: лицо было мягким, дружелюбным, он носил длинные волосы; угри обезображивали его лицо.

Пациент обратился за помощью преимущественно в связи с сексуальными проблемами и фобиями, он страдал гастритом я угрями, что постоянно ухудшалось с пубертатного периода (см. рис. 3).

В ходе первых лет своей аналитической групповой психотерапии он демонстрировал выраженную симптоматику в форме гастрита, сопровождавшегося лихорадочной артритической реакцией, повлекшей за собой длительный перерыв в лечении в связи с госпитализацией. После дезактуализации психосоматических симптомов пациент продемонстрировал параноидную реакцию. Она была усилена диагностической беспомощностью врачей перед артритической реакцией, которой врачи не могли найти объяснения. Пациент страдал бредовыми представлениями о том, что он гомункул, человек, сделанный в реторте.

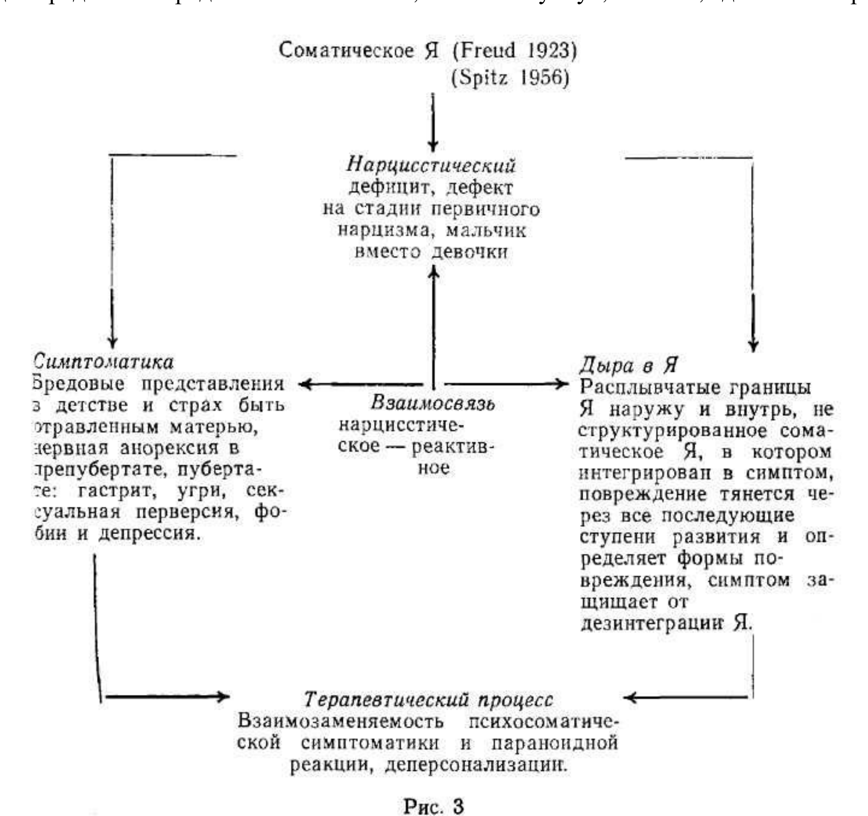


Рис. 3

Врачи в клинике, как он считал, знают об этом, постоянно наблюдают за ним в установленное в палате телевизионное устройство и пытаются отравить лекарствами. В стационаре он по назначению больничных врачей получал индивидуальную терапию. По мере того, как групповой терапевт регулярно наблюдал больного на индивидуальных сеансах и с пониманием на него реагировал, артрит прошел, и пациент понял его как необходимый призыв о помощи в виде хорошего психоаналитического питания.

На одном из сеансов он вспомнил, что уже ребенком думал, что не зачат своими родителями, а рожден в реторте. В последние годы он, однако, совсем забыл про это. В этом бреде гомункула в особенности ясно проявляются чувства деперсонализации, параноидный бредовый мир и связь с психосоматической реакцией, определяющей картину болезни этого пациента. В своем бредовом переносе пациент также предполагал, что я и мои сотрудники знаем о содержании его бреда и наблюдаем за ним.

Он вспомнил также, что уже ребенком страдал от представления, что мать хочет отравить его. Он предполагал тогда, что она вместе с другими членами семьи затевает заговор против него с целью наблюдать его соответствующими техническими аппаратами. На этом сеансе он сообщил, что у него в ожидании сеанса появляется чувство холода, проходящее лишь во время сеанса. Одновременно он вспоминал о враждебности своих родителей к вопросам секса; они и в 20-летнем возрасте запрещали ему контакты с девочками. Он высказывал желание смерти родителей, на что реагировал чувством вины.

Вспоминая это, он дрожал всем телом и был близок к коллапсу.

Он также очень остро реагировал на свое чувство вины относительно сексуальных желаний и фантазий. Он сообщал, что незадолго до стационирования пытался вместе с друзьями и подругами отвлечься от своей печали и страхов сексуально-мазохистскими играми с привязыванием и плетью, созданием порнографических фильмов, подглядыванием за половым актом Его чувства вины в связи с этим, несомненно, являются основой для усиления его соматических симптомов. В ходе терапии он рассказал сон, отчетливо описывавший раннее нарушение отношений с матерью. Сны психосоматически реагирующих пациентов имеют особое качество, они выражают конфликты пациентов, так сказать, образным психосоматическим языком. Так же, как психосоматический больной на тесте Роршаха чаще дает органные ответы, его сны заняты органными интересами. О значении для пациентов с больным Я умения видеть сны я уже указывал выше (см. тж. Ammon, 1972 i, k).

Сон пациента был следующим: “Мои родители и я пошли гулять. Мы проходили мимо луга, слева внизу была натянута проволока с маленькими шипами и крючками внизу. Наверху стоял грубый, глупый, худой, небрежно одетый старый крестьянин.

На проволоке висели сначала шляпа, потом овца и кролик (проволока была продернута через рот и задний проход). Крестьянин привел проволоку в движение, после чего шляпа сдвинулась вперед, к шипам, затем побежал баран и кролик (который или бежал сам, или его тянула проволока, я этого не знаю). Во всяком случае, овца хотела добраться до шляпы, а кролик — до сосцов овцы. Я уже не знаю, была ли овца, когда достигла низа проволоки, разорвана внутри крючками. Во всяком случае, это произошло с кроликом. Хотя он истекал кровью, он пытался из последних сил добраться до сосцов овцы и пить молоко. Я был в ужасе, видя это, и хотел в бешенстве наброситься на мучителя животных. Моим родителям это было все равно, моя мать постоянно почесывала свою левую грудь и двигалась туда и обратно”.

Анализ сна догадками пациента позволяет уяснить ставший в переносе отчетливым психогенез психосоматического процесса, как относительно гастрита, так и кожной патологии, угрей. В переносе, как и в отношениях с матерью, выявилось, что пациент никогда не получал достаточно материнского молока и кожного тепла. Он понимал, что он сам —этот кролик, у которого внутри все рвется, тогда как он безуспешно требует материнской груди и тепла материнского тела. Он понял “реакцию нет” материнской груди, и в анализе сна пациент вспомнил сведения, полученные от матери, о том, как скоро она прекратила кормить его. Чем больше кролик старается, тем больше крови он теряет. Пациент вспомнил о том, что эти чувства всегда усиливались, когда он требовал тепла, дружбы и понимания.

Важным в описанном примере пациента является раннее нарушение отношений матери и ребенка в оральной фазе, наступившее вскоре после рождения, и замена открыто параноидного психоза в детстве психосоматическими симптомами и перверсиями в пубертатном периоде, когда он нашел вне семьи новые фигуры для идентификации, с которыми тесно сблизился. В ходе групповой психотерапии была установлена, аналогично происходившей в детстве, флюктуация между параноидным психозом и психосоматикой. Пациент чувствует себя уверенно лишь в состоянии неидентичности, он мучается вопросом, может ли доверять терапевту, и колеблется не только между различными терапевтическими направлениями, но и между соматическим и психотерапевтическим лечением.

У пациента речь шла о первичном дефиците Я, который я обозначаю как нарциcстический дефицит. Пациент не получил в детстве от матери то, что ему нужно было для развития Я в самом раннем периоде. Этот дефицит позже был заполнен психосоматической озабоченностью организма и психики. Следует поэтому говорить о психосоматическом нарцизме.

Изучение генеза психических и соматических или психосоматических нарушений в процессе развития в группе делает, в моей точки зрения, целесообразным говорить об общем начальном пути патогенного развития и изучать взаимодействие “многих этиологических факторов” в самой групповой ситуации.

Из этого следуют далеко идущие следствия для диагноза и терапии. Речь идет о том, чтобы имеющиеся болезненные картины, так сказать, разложить на составные части в ходе терапии, чтобы выяснить динамику взаимодействия. Больному нужно, иными словами, предоставить восполняющее развитие Я вплоть до собственной идентичности.

Классификация картин болезни, проявляющаяся в устройстве профилированных психосоматических отделений, нацелена, с моей точки зрения, в прямо противоположном направлении. Такая организация, которая буквально воспринимает вопрос пациента: “что у меня?” и пытается ответить на него всё большей специализацией, упускает возможность правильно понять этот вопрос как искаженную форму вопроса “кто я, кем мне позволено быть?”

Традиционная медицина, психиатрия и психотерапия, фиксированная на устранении симптомов, повторяет ту же ошибку, которая сделана в патогенной ситуации задержанного патогенного симбиоза, в которой мать и группа не позволили ребенку высказать вопрос о собственной идентичности и отграничить себя как полноправную личность, оставляя без ответа вопрос о симптоме.

Для интерниста психосоматический больной представляет собой привычное зрелище. Психосоматический больной склонен к тому, чтобы с помощью симптомов соблазнить врача к совместному поведенческому отреагированию и, тем самым, контролировать ситуацию лечения.

Речь идет не столько о том, чтобы вызвать у пациента осознание психической обусловленности своих симптомов, это было бы лишь формальным признанием. Если пациента направят, он послушно придет к

психоаналитику. Гораздо важнее спросить о жизненной ситуации пациента, его конфликтах, страхах, трудностях общения, чтобы на этом основании направить для параллельного лечения к психоаналитику.

Для терапии психосоматических симптомов из предшествующих выкладок следует, что симптом ни в коем случае не нуждается в прямом подходе. Это означало бы отнять у пациента механизм защиты, который насущно необходим ему для поддержания своей идентичности Я и способности выполнения функций Я. В противоположность общепринятой практике психосоматических клиник и отделений, которые в центре усилий ставят психосоматический симптом, основанная мною берлинская школа не устраняет симптом прямо, чтобы избежать психотических реакций. Вместо этого терапевт пытается — обходя симптомы, т. е. используя технику, применявшуюся Knight (1953) при пограничной ситуации и Khan (1968) с перверсиями, — прямо разговаривать с пациентом о его потребностях, страхах, агрессиях и фрустрациях. Если при этом в ходе терапии защитный механизм психосоматического симптома станет ненужным, он исчезнет сам собой. Это, конечно, не означает, что следует отказаться от соматичесокого медицинского обслуживания интернистом, пока пациент демонстрирует психосоматические симптомы. Соматический симптом, однако, рассматривается не как существенная проблема в лечении, в центре терапевтической коммуникации ставятся нарушения раннего детства. Психосоматический симптом не всегда удается устранить полностью. Психоаналитическое лечение психосоматического синдрома относится к сложнейшему из всех видов терапии. Иногда следует скромно удовольствоваться чисто медицинским продолжением лечения симптома. Анализ возможностей жизни и нахождения идентичности пациента, тем не менее, часто дает возможность снижения симптоматики (речь при этом идет о следующих синдромах: бронхиальная астма, кардионеврозы, артериальная гипертония, нефролитиаз, гастриты, язва двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, экзема, угри, гиперфагия и т. д.).

В качестве терапевтической техники в лечении психосоматического симптома пригодны прежде всего аналитическая групповая и терапия средой. Группа и терапевтическая среда позволяют с одной стороны расщепление переноса (multilateral transference), с другой — группа воспринимается как мать, давая больному возможность вновь пережить в группе конфликт своего детства. В особенности же важно, что группа и среда позволяют прямую интерпретацию, которая может обойти защитный механизм психосоматического симптома. Именно в терапии с перверсно, психотически и психосоматически реагирующими пациентами постоянно можно убедиться, что эти пациенты имеют чрезвычайно малые возможности для инсайта в свои конфликты. Конфликт, угрожающий интеграции Я, и связанная с опытом нарциссического дефицита, ставшая деструктивной, искалеченная агрессия столь сильно отщеплены от сознания, что лишь расщепление переноса в защитных рамках матери-группы позволяет непрямой доступ к конфликтам.

Я указывал на то, что защитные механизмы при психосоматической патологии являются скорее не выражением вытеснения со стороны Я, а следствием сильных притязаний Сверх-Я, которое архаически враждебно подавляет Я. Возникает парадоксальная ситуация, при которой больной должен стать соматически больным, чтобы добиться материнского ухода и эмоционального обращения, причем этот уход и обращение не приносят ему пользу, поскольку он должен оставаться больным. Я думаю, что здесь возникает большая общественная проблема: общество в целом ведет себя как мать, которая может выносить своего ребенка лишь как больного и панической защитой реагирует на творческие попытки, пригодные для того, чтобы изменить ситуацию.

В аналитической групповой терапии мы можем показать возможности для изучения психосоматической динамики. Ибо в Здесь и Сейчас терапевтической группы можно наблюдать, какая динамика определяет психосоматический процесс. Мы можем видеть, на какое поведение в группе пациент реагирует психосоматически; и его позиция в группе, способы взаимоотношений позволяют нам сделать вывод о пространстве, которое мать отдавала сыну в диаде симбиоза, и о том, позволяла ли общественная ситуация матери развить собственную идентичность.

Из анализа группового процесса мы можем получить психо- и социогенетические опорные пункты относительно процесса смены симптомов в ходе терапии. По моим наблюдениям почти все члены группы в ходе психотерапевтического процесса демонстрируют в разное время психосоматические симптомы.

Смена симптомов происходит здесь как в индивидуальной терапии. При этом психосоматические симптомы меняются в длительно работающей группе так, как если бы сама группа представляла собой единый организм.

Резюмируя, мы могли бы сказать, что инстинктивно-психологическая модель Freud не может быть более адекватной пониманию и терапии психосоматического синдрома. В психосоматическом симптоме отражаются не вытесненные конфликты или отвергнутые Я инстинктивные желания, а нарциссический дефицит, дыра в Я, приобретенная в нарушенных в раннем детстве отношениях матери и ребенка. При этом Я ребенка претерпевает тяжелое нарушение на стадии первичного нарцизма. Психосоматический синдром является поэтому не только символическим выражением вытесненного конфликта, он должен пониматься как архаическое заболевание Я в смысле соматического психоза, компенсирующего грозящую дезинтеграцию Я.

Аналитическая групповая терапия является местом для терапии болезней Я. Для слабого Я, которое не может выдержать классического анализа, группа благодаря многостороннему переносу предоставляет восполняющее развитие Я вплоть до собственной идентичности. Симптом не стоит в центре психотерапии,

тем самым теряя свою коммуникативную функцию.

Психосоматическая реакция вместе с психозом и перверсией относится к архаическим болезням Я. Относительно техники психоаналитической терапии из этого следует важность обхода психосоматического симптома, который не следует убирать аналитически, и сосредоточения на аналитической обработке коммуникативного нарушения. Freud уже в 1932 г. отсоветовал анализировать психосоматику, и справедливо, поскольку исходил из классического метода анализа неврозов. В последние 7 лет своей жизни он более не высказывался о проблеме психосоматики.

8. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СПЕКТР ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

В противоположность невротическим заболеваниям общим для описанных в предшествующих главах состояний является то, что пациенты столь ограничены в автономии своего Я, что неспособны подвергать свое поведение и конфликты наблюдающей рефлексии, анализировать их на кушетке или распознавать как феномены переноса. Классическая форма психоанализа, разработанная для лечения невротических больных и вполне оправдавшая себя, поэтому не показана для этих пациентов. Freud многократно указывал на это. В предисловии к Aichhorn (1925) он писал: “Возможность аналитического воздействия основывается на совершенно определенных предпосылках, которые в целом можно обозначить как “аналитическая ситуация”, требует формирования определенных психических структур, особой установки на аналитика. Там где этого нет, как у ребенка, запущенного подростка, как правило, у инстинктивного преступника, нужно делать что-то иное, а не анализ, что совпадает с ним намерениями”.

Динамическая психиатрия, расширяя классическую психоаналитическую ситуацию, анализ на кушетке, который сейчас, как и прежде, остается показанием для терапии неврозов, разработала спектр терапевтических методов, общность которых состоит в том, что пациенты в рамках контролируемой терапевтической ситуации конфронтируются с их поведением и конфликтами таким образом, что отреагированная патология осознается ими как выражение их собственного психического конфликта, который затем прорабатывается как таковой. Принцип этих форм прямой психоаналитической терапии мы можем в целом обозначить так: там, где бессознательный психический конфликт не выступает в форме изолированного симптома, например, невротических навязчивых действий, а пронизывает всю жизненную ситуацию и хаотизирует ее, тогда терапевтическая ситуация не может изолироваться от жизненной ситуации пациента, но должна ее как можно шире охватывать или прямо представлять.

Две терапевтические техники представляют собой классическую основу терапевтического спектра динамической психиатрии - психоаналитическая групповая терапия и психоаналитическая терапия средой. Как терапевтическая группа, так и терапевтическая среда имеют со всеми формами психоаналитического лечения общим то, что они приводят симптоматическое поведение пациента, которое приобрело вторичную патологическую автономию, в контролируемую ситуацию, где оно может быть отреагированным безопасным образом, чтобы дать возможность быть понятым, разъясненным и измененным в своих генезе и динамике. При этом мы можем следующим образом в свете психоаналитической психологии Я сформулировать существенные задачи терапии, которая представляется нами как концепция восполняющего развития Я.

1. Мы должны помочь пациенту получить инсайт на конфликты, которые выражаются в его патологическом симптоматическом поведении.

2. Мы должны помочь пациенту вместо отщепленной симптоматики выстроить согласованные и гибкие границы Я, которые позволяют ему свободное от вины отграничение своей идентичности и позволяют ему свободную от непроизвольного иррационального повторения коммуникацию вовнутрь и вовне.

3. Мы должны поддерживать пациента в развитии и дифференцировке функций Я конструктивной агрессии и креативности.

Иными словами, терапия должна выполнить два условия. Она должна конфронтировать с одной стороны пациента с его патологией, с другой — помочь получить инсайт на свое поведение и новую ориентировку. Я хотел бы в дальнейшем обратиться к специфическим условиям и возможностям обоих классических терапевтических подходов, с которыми работает динамическая психиатрия.

9. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ

Психоаналитическая групповая терапия расширяет стандартную ситуацию классического анализа. Она точно так же пользуется интерпретацией сопротивления и переноса, т. е., она распознает в специфической динамике межличностных отношений в Здесь и Сейчас терапевтической ситуации выражение ставших бессознательными интрепсихических конфликтов и напряжений пациента.

При этом интерпретируется не только отношение переноса отдельного пациента к терапевту, в аналитическую работу вовлекаются также переносы пациентов друг на друга, перенос каждого на группу и отношение переноса группы в целом к терапевту. Аналитическая групповая терапия, как я ее понимаю, не является “психоанализом в группе” в понимании Slavson (1960) и Wolf и Schwartz (1962), она также не есть “психоанализ группы” в понимании Bion (1961), который интерпретирует поведение группы в целом как одного лица. С моей точки зрения, специфические возможности групповой терапии заключаются именно в возможности наблюдать поведение отдельного пациента в его связи с бессознательной динамикой группы в

целом, т. е. связывать интрапсихические процессы отдельного пациента с интерперсональными процессами в группе и ее бессознательной динамикой и делать эту связь отчетливой.

Kemper (1973) также придерживается мнения, что “психоаналитическая групповая терапия не является ни анализом одного в присутствии других (группы), ни простым, как бы механическим переносом разработанных в диадной ситуации “правил игры” техники психоанализа на групповую ситуацию. Наряду с фокусированием скрытых мультиперсональных взаимодействий социокультуральным факторам должно быть предоставлено еще больше места, чем в диадной ситуации”. Группа как целое формирует при этом, как показывал Fouikes (1948, 1965), как сеть межличностных отношений, своего рода “матрицу”, проявляющуюся в специфической эмоциональной атмосфере, в напряжении и температуре климата группы, делая тем самым отчетливым, что “пространство между индивидуумами” как динамическая величина влияет и определяет собой все поведение в группе. Lewin (1947) впервые сделал доступным это силовое поле группы в своих основополагающих исследованиях, концептуализируя свою теорию, названную им “группо-вой динамикой”.

Вовлечение бессознательных групповых процессов в аналитическую интерпретацию поведения отдельных членов группы в особенности весомо потому, что в этих процессах вообще может быть сделана видной основа всех психических процессов. Это в особенности отчетливо разработано Bion (1961). Он смог показать, что динамика этих бессознательных групповых процессов следует законам первичного процесса и в существенной мере состоит из проекций, понимаемых им как защита от архаических страхов, связанных с самыми ранними ступенями психического развития.

Raoul Schindler (1968a) и Heigl-Evers (1968) обозначили эти проективные защитные операции группы как “прегруппальные соотнесенности”, реакцией на которые является защитное формирование групповой структуры; Schindler (1968a) подчеркивает при этом в качестве признака формирования группы иерархическую структуру, которую он описывает “основной социодинамической формулой”. Heigl-Evers в большей степени акцентирует аспект действия в группе, невротическая конфликтная констелляция которой возводится ею к центральному конф-ликту специфической “прегруппальной соотнесенности” и вместе с Schultz-Hencke (1951) понимается как конфликт инстинкта и торможения.

Я хотел бы, прежде всего, разъяснить, что первично-процессуальные групповые процессы могут представлять прямой отпечаток самых ранних форм восприятия и взаимодействия в симбиозе матери и ребенка. Группа формирует при этом, так сказать, “первобытную пещеру” в описании Spitz (1955), и именно этот самый ранний уровень коммуникации делает групповую ситуацию столь пригодным для терапии архаических заболеваний Я (см. приложение).

Многие терапевты наблюдали, что группа в целом воспринимается ее отдельными членами как матерью (W. Schindler, 1955, 1966), а именно, на архаической ступени взаимодействия, соответствующей ситуации симбиоза. Группа делает возможной регрессию Я до стирания границ между Я и не-Я. Она прямо дает совместную почву для фантазий и действий ее участников.

С другой стороны, группа делает возможным расщепление переноса. Она не может поэтому представлять только мать, она служит представлению всей группы интернализованных объектов. Это, возможно, также основа того, что именно представители кляйнианской школы очень много работают с груп-пами. Наряду с уже цитированными Bion (1961) и Kemper (1958, 1959, 1973), здесь следует прежде всего упомянуть Gonzales (19969, 1972), Grinberg (1956, 1957), Langer (1957, 1958) и Rodrigue (1957).

Благодаря расщеплению переноса может быть смягчена и известным образом нейтрализована связанная с близкими к психозу картинами динамика переноса. Это в особенности важно потому, что расщепляется также и связанная с процессами переноса значительная деструктивная агрессия, которая в группе может легче переноситься и прорабатываться, чем в диадной ситуации (Ammon, 1970d).

В то время, как необходимой предпосылкой классического анализа является то, что пациент в терапевтической ситуации должен обладать интактными границами Я и, хотя и невротически ограниченную, но способность к рефлексии, терапевтическая группа позволяет лечить также тех пациентов, чья проблема как раз и состоит в том, что они не могут выстроить эту согласованную границу Я и поэтому имеют лишь крайне незначительный инсайт в свое поведение и конфликты. Для этих пациентов группа как целое, так сказать, перенимает функцию Я отграничения и контроля и задача терапевта состоит в том, чтобы освещением этой связи отдельного пациента и группы в целом помогать при прогрессирующем формировании и дифференцировке функций Я.

Проекция и идентификация, расщепление и отрицание, определяющие как архаические защитные механизмы симптоматическое поведение пациента, меняют в рамках терапевтической группы свою функцию и становятся движущей силой терапевтического процесса. Отдельные члены группы, которые чаще не в состоянии рефлексировать и наблюдать свое собственное поведение, часто могут распознавать и с чрезвычайной отчетливостью понимать значение поведения других. Их реакция на патологическую симптоматику других больных кон-фронтирует их с бессознательной динамикой их поведения. Группа как целое играет, так сказать, роль зеркала, которую играет терапевт в классическом анализе, с той разницей, что перед человеком держат несколько зеркал, отражающих ега личность в разных аспектах, одни из которых вырисовываются отчетливо, другие же лишь в общих чертах.

В переплетении разнообразных проекций и идентификаций терапевтическая группа в Здесь и Сейчас ситуации становится сценой инфантильных конфликтов ее членов. При этом групповая терапия дает

возможность также молчащим пациентам участвовать в терапевтическом процессе. Они могут идентифицировать себя с другими пациентами, могут относить к себе реакции, которые провоцируются со стороны группы и терапевта их поведением и могут участвовать таким образом в терапевтическом процессе без прямого вербального самовыражения.

Это — пример того, что в группе можно обойти механизмы архаической защиты, например, молчание. В то время, как в классическом психоанализе предпосылкой является принципиальная способность к инсайту на собственные конфликты и систематическое разрешение всякого сопротивления, групповая ситуация делает возможной инсайт на собственные конфликты путем распознавания их в поведении других, причем часто жизненно важные для пациента формы сопротивления сохраняются и могут быть обойдены.

Группа может, однако, лишь тогда реализовать это воздействие, когда она как целое перенимает за ее отдельных членов существенные функции Я отграничения и контроля. Она должна поэтому, чтобы позволить своим членам защищенную регрессию, отграничить саму себя, должна сформировать групповое Я, воспринимаемое отдельными членами как защиту.

Поэтому речь идет о том, чтобы путем тщательного отбора пациентов и компетентного формирования состава группы создать предпосылки для группового терапевтического процесса. По моему опыту хорошо, когда разные члены группы, подвергшиеся основательному обследованию в ходе нескольких индивидуальных бесед, приблизительно соответствуют друг другу по возрасту и уровню интеллекта, а в остальном как можно более гетерогенны с точки зрения симптоматики, пола, профессии, интересов, расы, религии, национальности. Следует, однако, учитывать, что пациенты со специфической симптоматикой, например, сексуальной перверсией, мутизмом, заиканием, не должны включаться в терапевтическую группу по одиночке. Постоянно занимая краевую позицию, они могут с самого начала тормозить групповой процесс. Такой член группы образует, так сказать, дыру в ее границе, он привлекает к себе всю агрессию и внимание, вследствие чего не возникает то, что Ezriel (1950) удачно назвал “совместное групповое напряжение”, особое агрегатное состояние группы, свидетельствующее о том, что она может чувствовать и воспринимать сама себя. Напротив, два мутичных, два перверсных и т. д. больных легче переносятся группой и сами чувствуют себя лучше, что в свою очередь стимулирует групповой процесс.

Так же, как терапевт должен помимо переноса и противопереноса до известной степени идентифицировать себя со своим пациентом, это, естественно, относится и к пациенту и к членам группы помимо всякой патологии. Иначе они не смогут взять на себя друг за друга функцию вспомогательного Я (auxiliary egos), что делает возможной совместную проработку динамики переноса.

Сколь чрезвычайно важным является правильный состав группы, показывает постоянно наблюдаемый факт — некомпетентно структурированные группы через короткое время распадаются.

Важнейшая задача в начальной фазе терапевтической группы состоит поэтому в том, чтобы установить групповые границы. В начале терапии, на первом совместном сеансе заключается групповой договор, обязывающий отдельных членов к регулярному участию в занятиях, абсолютной конфиденциальности относительно полученной на группе информации, исключению личных или интимных контактов членов группы между собой и равной для всех плате за лечение. Члены группы обязаны координировать с терапевтом свои отпуска с тем, чтобы обеспечивалось постоянное присутствие полного состава.

Все пункты этого группового договора, функционирующего как своего рода Сверх-Я группы, служат для установления и внешнего укрепления групповых границ, которые, так сказать, сценически представлены кругом — порядком рассаживания больных и терапевта на занятии.

Группа демонстрирует двойную динамику. С одной стороны, переживание наблюдения и видения себя другими, описание других и восприятие описания себя другими способствует последовательному поддержанию контроля реальности, чем могут быть значительно усилены именно пациенты со слабым Я. С другой стороны, групповая ситуация в особенности способствует возникновению феноменов переноса, которые, как говорилось, достигают архаического уровня и могут проявлять сильную динамику. Часто совместное выступление против терапевта свидетельствует о том, что группа как целое сформировала свои границы, и что в ход вступил процесс переноса.

Эта динамика переноса несет тогда выраженно симбиотический характер. На первый план выступают прежде всего проблемы зависимости, страха перед поглощением, страх уничтожения и конфликтная динамика деструктивной агрессии. Терапевт на этой фазе группового процесса прежде всего имеет задачу гарантировать интактность групповой границы. Если группа под влиянием защиты от бессознательного страха выступает против слабейших своих членов или возможного изгоя в группе. чтобы напасть и вытеснить из группы, терапевт должен выступить на защиту этого члена группы, вызвать на себя агрессию группы, тем самым способствуя ее объединению.

Защита слабейшего члена важна и потому, что он постоянно олицетворяет и выражает бессознательный конфликт, занимающий группу. Можно сказать, что каждая группа не сильнее слабейшего своего члена, поэтому задача терапевта — следить, чтобы группа почувствовала это и научилась решать конфликты не расщеплением, т. е. изгнанием членов, а проработкой.

Это в особенности отчетливо выступает при параноидной психотической реакции какого-либо члена группы. Такая реакция показывает, что группа в целом достигла архаического уровня регрессии и что пациент стал носителем связанного с этим бессознательного страха, на основе своей специфической конфликтной ситуации, предрасполагающей его к этой реакции в Здесь и Сейчас группы.

Здесь, однако, проявляется двойная функция группы и двойная функция выражаемых в ее рамках эмоций. С одной стороны психотически реагирующий пациент в данный момент является слабейшим членом группы. Его защитные механизмы имеют наименьшую сопротивляемость ставшему в группе вирулентному бессознательному страху. С другой же стороны, пациент становится также выразителем того, что все члены группы в разной степени чувствуют.

Стараясь с помощью здоровых, конструктивных компонентов Я понять параноидную регрессию и помочь своему психотически реагирующему пациенту, группа прорабатывает его страх одновременно как имманентную ей проблему. Группа, так сказать, обступает пациента, пытаясь вновь интегрировать его своим пониманием, т. е. вновь заключить его в групповую границу. Все групповое взаимодействие может поэтому рассматриваться как работа по установлению, поддержанию и развитию гибкости границ группы. Таким образом постоянно ведется работа и над проблемой отграничения Я отдельного пациента в группе.

Важную функцию при этом имеют групповые сны. Каждый сон, рассказанный на группе, следует понимать как комментарий, интерпретацию группового процесса. Одновременно он дает информацию об индивидуальной и межличностной психодинамике автора сна и группы в целом.

Появление групповых снов, тот факт, что могут появляться сновидения в группе и о группе, является чрезвычайно важным дифференциально-диагностическим показателем (Ammon, 1972i,k). С одной стороны, это свидетельствует о возникновении взаимоувязанных границ группы, с другой — что видевший сон больной смог интернализировать эту групповую границу как границу своего Я.

Проблема групповых границ и границы Я занимает группу не только на уровне симбиоза и “первобытной пещеры”. Группа скорее стремится к проработке первичного конфликта отграничения от терапевта, учреждения, в рамках которого она находится, — проработка этой проблематики часто просматривается, но чрезвычайно важна во избежание застоя или распада группового процесса — к проработке эдипова конфликта с его либидинозной проблематикой.

Совместный опыт симбиотического конфликта не пропадает для группы даром, он сохраняется в мифологии группы, детально описанной Slater (1970), сохраняющий специфические для каждой группы переживания, сны и т. д. и постоянно привносимый в групповое общение.

Я уже указывал на то, что задача терапевта в группе состоит в том, чтобы последовательно делать осознанной связь индивидуальных выражений в группе с динамикой бессознательного группового процесса. Это предполагает, что, с одной стороны, терапевт осознает динамику переноса на него отдельных членов и что он одновременно видит отношение переноса, развиваемого к нему группой в целом. Kemper (1973) указал на то, что каждый отдельный член группы олицетворяет аспект личности терапевта, что так и воспринимается терапевтом. Терапевт становится таким образом центральной фигурой (Redl, 1963, 1971) группы. В качестве такового, он выполняет, в особенности на начальной стадии группового процесса, решающую функцию. Как объект совместного переноса всех членов группы и группы в целом, он — олицетворение связи группы и возможности терапии. Он должен своим поведением показать возможность коммуникации между отдельными членами группы, демонстрируя, что сам может установить удавшуюся связь между различными аспектами своей личности, затронутыми и мобилизованными в переносе отдельными членами группы.

В особенности на начальной стадии терапевт не должен уклоняться от направленного на него архаически-симбиотического переноса и связанной с ним деструктивной агрессии, прячась, например, за учреждение, к которому относится, или загораживаясь формальностями. Наоборот, он должен выступать как личность и всем своим поведением показывать, что возможно обращаться и с архаическими эмоциями конструктивно и с пониманием. Групповая ситуация, в которую он прямо пространственно включен, требует поэтому значительно больше гибкости и твердости, чем стандартная ситуация классического анализа. Я хотел бы в дальнейшем остановиться на этом более детально. В той мере, в которой группа в ходе терапевтического процесса формирует, открывает, постоянно прорабатывает и изменяет свои границы, она становится также независимой от терапевта.

Терапевтическая группа является не только местом переноса и воспринимается пациентом не только как группа внутренних объектов. Она является, так сказать, отпечатком реальной жизненной ситуации пациента. В Здесь и Сейчас терапевтической группы он наталкивается на сходные конфликты и трудности, которые ежедневно испытывает в своей семье, в группе своих друзей и сослуживцев. Группа образует на этом уровне отношений, так сказать, групподинамическую лабораторию, в которой пациент может изучать свои актуальные трудности. Экспериментирующее взаимодействие в группе, которое с помощью терапевта и остальных членов группы делается предметом интроспекции, становится тогда еще одним фактором, формирующим Я. В особенности важно при этом, что терапевтическая группа при поддержке терапевта часто впервые в жизни больного конфронтирует с причудливыми чертами его межличностного поведения, которые в повседневных группах пациента, где поведенчески подыгрывает его патологии, давно воспринимаются им как нечто само собой разумеющееся. Реакция группы, отдельных членов на это поведение, их здоровое удивление ведет постепенно к тому, что его синтонное Я патологического поведения постепенно становится чуждым Я, проблемным и, вследствие этого, доступным проработке.

В этом смысле мы можем сказать, что терапевтическая группа представляет собой поле опыта, который может представлять как ситуацию симбиоза, “мир первобытной пещеры”, так и реальную ситуацию актуальной жизненной и производственной группы. Между этими двумя полюсами групповая ситуация

может стать в рамках той или иной динамики переноса местом действия всех конфликтных констелляций отдельного члена, которые затем могут быть в рамках группы распознаны и проработаны. Предпосылкой этому является возникновение групповой границы, формирование которой делается возможным благодаря отбору и составу членов, пунктам группового договора, сценическому оформлению терапевтической ситуации и функции терапевта как "центральной фигуры". Групповая граница служит на всех уровнях терапевтического процесса образцом для границы Я отдельных членов, она служит постоянному испытанию различения внутреннего и внешнего, поведения патологического и адекватного реальности. Она образует то защищенное пространство, в котором проекции пациента могут восприниматься и переживаться как таковые. Она, само собой разумеется, не является ригидной конструкцией, а постоянно меняется и последовательно заново определяется взаимодействием в группе.

Интегративным фактором терапевтической ситуации является групповая граница — выражение групповой идентичности, которая в ходе терапевтического процесса заново определяется, расширяется и дифференцируется проработкой конфликта членов группы, возникновение и поддержание которой, однако, является непременным условием для проработки динамики конфликта и переноса. Групповая граница является тем самым выражением терапевтического союза, который члены группы заключают с терапевтом и между собой, и постоянно обновляют в ходе разбирательства конфликта.

Особое значение имеет при этом проработка деструктивной агрессии. Ее появление сигнализирует, как я показал (см. гл. 2), о неспособности пациента к коммуникации и должна пониматься как результат неспособности коммуникации первичной группы относительно конструктивной агрессии ребенка (см. тж. Schmidbauer, 1972).

Терапевтическая ситуация должна выполнить два требования, чтобы иметь возможность проработки этой, связанной именно с архаическими заболеваниями Я, проблематики:

1. Она должна переносить напряжение между конструктивной агрессией и деструкцией, т. е. она должна отвечать потребности в коммуникации и выносить непроизвольное саморазрушительное повторение патогенных конфликтов.

2. Она должна прорабатывать это напряжение и постепенно разрешать его в терапевтическом процессе.

Для успеха терапевтического процесса, поэтому, чрезвычайно важно, чтобы, с одной стороны, союз между пациентом и терапевтом оставался конфликтоспособным, а с другой — конфликты становились способными к соглашению. Другими словами, обе силы терапевтического взаимодействия — деструктивная динамика бессознательного конфликта и конструктивная динамика терапевтического союза — не должны прекращать коммуницировать друг с другом. Терапевтическая группа облегчает пациенту расщеплением его переноса на различные лица решающую разгрузку Я, причем проецируемая вовне амбивалентность его чувств облегчает ему идентификацию с положительными аспектами терапевтического отношения. В группе это чаще всего проявляется в том, что формируются, так сказать, две партии, одна — партия здоровья, которая идентифицирует себя с аспектом союза в терапевтической ситуации, и партия болезни, которая, так сказать, идентифицирует себя с патологией и защищает ее право на жизнь. Обе формы проецируемой идентификации служат защите от архаического страха. Задачей терапевта является, с одной стороны, защищать терапевтическую ситуацию от деструктивной динамики партии болезни путем установления жестких границ с другой стороны, вызывать на себя агрессию группы, тем самым объединяя ее против себя. Это удается не всегда. В ходе начальной фазы по имеющемуся опыту, 20—40% больных оставляет терапию. Терапевтический союз в этих случаях не достигается или из-за недостаточности мотивации этих пациентов пойти на риск терапии, или потому, что их деструктивный потенциал столь велик, что угрожает взорвать групповую ситуацию. Самая частая причина не-вхождения в терапевтический альянс и прерывания терапии в том, что пациент в своей жизненной ситуации остается союзником партии болезни, которую он поэтому не осмеливается покинуть в терапевтической ситуации — напр. брак, группа т. н. друзей, идеологии научного, религиозного или политического толка.

Описывая обе партии, складывающиеся в начальной фазе терапевтического группового процесса, я упрощенно представил ситуацию. Деструктивная агрессия и конструктивная агрессия, само собой разумеется, распределяются не так просто на разных лиц. Как партии интрапсихического конфликта, который прорабатывает терапия, она действенна в каждом члене группы. Если об отдельных членах группы говорится, что они представляют партию болезни, а о других, что они представляют партию здоровья, то под этим имеется в виду, что они занимают позиции на определенный промежуток времени в ходе группового процесса. Вовлекая группо-динамические аспекты этой поляризации в интерпретации, терапевт прилагает усилия как раз к тому, чтобы сделать видной многостороннюю связь проекций. Это чрезвычайно важно, поскольку деструктивно ведущий себя пациент повторяет в терапевтической группе ситуацию первичной группы, в которой его поведение априорно интерпретируется как деструктивное, опасное, зловредное и т. д. и подвергается нападкам. Благодаря тому, что его патология в группе понимается и интерпретируется в связи с групповой ситуацией, и его личность заведомо не идентифицируется с его деструктивными акциями, пациент может начать идентифицировать себя с группой как объектом, который не может быть тотчас разрушен, а также не угрожает. Эта защитная функция группы становится предпосылкой для регрессии пациента к его архаическим страхам. Пациент может тогда постепенно понимать свое деструктивное поведение как не удавшуюся попытку защиты от этих страхов. Однако группа на себя за больного может взять защитную функцию помогающего, понимающего и наблюдающего Я лишь

тогда, когда терапевт сам не препятствует неосознаваемой защитой от собственных страхов активному представлению группой архаического конфликта амбивалентности.

Терапевт, который регламентирует групповой процесс поверхностной гармонией бессознательных группо-динамических напряжений, чтобы отразить собственные страхи и бессознательные нарцисстические потребности с помощью группы, обманывает, так сказать, пациента, лишая его возможности проработать в рамках терапии решающий уровень его конфликтов и страха. Группа будет тогда сначала в застое и, наконец, распадется, т. е. непроработанная деструктивная агрессия разрушает возможность терапии, или пациент, который на основе своей специфической биографии становится носителем этой динамики, совершит самоубийство, убивая себя, чтобы освободиться от враждебных и преследующих объектов, которые он интернализировал и которые не отваживался проецировать из себя в ходе терапии.

Это указывает на то, что мы не должны понимать динамику группового процесса как технический инструмент в руках терапевта, который тот может или применять, или нет. Бессознательная динамика группы скорее представляет собой естественный процесс, разыгрывающийся во всех группах, сознают это участники, или нет. В терапевтической группе задача терапевта прежде всего в том, чтобы соответствовать опыту этого процесса. Он сможет тогда мобилизовать конструктивные компоненты Я в пациенте в проработке его деструктивной патологии и сможет при этом помочь группе и отдельному больному открыть свои конструктивные возможности и развить их в совместной работе. Работа с терапевтической группой требует, следовательно, и от терапевта специфическую способность работать с многообразным переплетением взаимных переносов и со своим соответствующим противопереносом в Здесь и Сейчас ситуации, не будучи ограниченным в своей способности восприятия иррациональными бессознательными страхами.

В этом значение введения ко-терапевтов в группу. Они могут существенно облегчить работу терапевта, при условии, что оба терапевта сотрудничают друг с другом, своевременно распознают и прорабатывают возникающее соперничество. Группе два терапевта предлагают дополнительные дифференцированные возможности переноса, которые могут использоваться терапевтически, если, напр., один терапевт в своих вмешательствах использует прежде всего конфронтацию, реагируя прямо и массивно, то ко-терапевт может взять на себя более эмпа-тически оберегающую функцию. Группа может кроме этого идентифицировать себя со свободной от страха коммуникацией терапевтов — аспект, который обогащает возможности положительной идентификации. Оба терапевта предлагают группе свободной от страха коммуникацией, так сказать, образец терапевтического альянса. Работа с ко-терапевтом дает, кроме того, взаимный контроль противопереноса, так же, как и группа в целом дает постоянную коррекцию противопереноса.

Резюмируя, мы могли бы сказать, что терапевтическая группа дает Я-больному, лишенному инсайта на собственные проблемы, возможность воспринять и наблюдать в рамках группы свою внутреннюю конфликтную ситуацию как межличностный конфликт. Учась понимать наблюдающее поведение своих коллег в группе, он тренирует функции своего Я и может, обходя свою симптоматику сопротивления, получить инсайт на собственные отщепленные и ставшие бессознательными конфликты.

Множественная персональная ситуация в группе, позволяющая это больному, является одновременно великолепной исследовательской ситуацией и важным инструментом обучения. Как наблюдатель и ко-терапевт будущий аналитик и групповой терапевт учится у опытного терапевта в Здесь и Сейчас терапевтической ситуации. Напротив, он может сам в своей терапевтической работе подвергаться прямому наблюдению и коррекции. Дополняют это сопровождающие контрольные занятия в контрольной группе групповых терапевтов и в индивидуальных беседах с контролирующим аналитиком. Таким образом становится возможно достичь постоянной рефлексии и контроля терапевтической работы и обучения, без чего нельзя обойтись в чрезвычайно трудной работе групповых психотерапевтов.

Но и для общего психотерапевтического обучения терапевтов, которые хотят работать не в группах, а индивидуально, эта форма обучения, позволяющая постоянный контроль и конфронтацию с собственной работой и прямое научение в терапевтической ситуации, имеет большое значение. И по этой причине обучение в Немецкой Академии Психоанализа аналитическая подготовка обязательно связана с подготовкой группового психотерапевта. Сами группы воспринимают, по нашему опыту, привлечение кандидатов на обучение и ко-терапевтов как обогащение их терапевтической рабочей ситуации.

10. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СРЕДОЙ

Психоаналитическая терапия средой также возникла в ходе последовательного расширения стандартной ситуации классического анализа.

Основы ее заложены Ernst Simmel (19296, 1936) в конце 20-х годов в замке Гумбольдта, Берлин-Тегель основанием “психоаналитического санатория” для лечения т. н. “психопатов”, в особенности алкоголиков, в рамках стационарной психоаналитически ориентированной терапии. Freud, который многократно посещал клинику Simmel, с чрезвычайным интересом отнесся к этим попыткам, полагая, что стажировка в таком заведении должна стать обязательным компонентом психоаналитического образования. Попытки Simmel были продолжены прежде всего Karl (1942) и William Menninger (19326, 1936), которые на основе работы Simmel 40 лет назад ввели в деятельность клиники Menninger в Канзасе (США) первые программы терапии средой.

Я сам участвовал в 1956—1965 гг. в построении и дифференцировке этих программ в рамках клиники Menninger, направляя усилия прежде всего на интеграцию аспектов психологии Я и групповой динамики этой терапевтической техники (Ammon, 1959).

Психоаналитическую терапию средой следует понимать как попытку оказаться адекватным проблеме тех пациентов, тяжелые нарушения Я которых делают для них невозможным сделать свое поведение предметом рефлексирующего наблюдения, и которые не в состоянии с помощью терапевтической группы, представляющей их прошлую и актуальную жизненную ситуацию, получить инсайт на свое поведение и конфликты. Терапия должна сделать здесь еще один шаг, от символического воспроизведения жизненной ситуации терапевтической группой к действительному превращению актуальной жизненной ситуации пересадкой ее в терапевтическую среду, которая полностью включает в себя по месту и времени жизненную ситуацию пациента. Жизненная ситуация и ситуация лечения становятся идентичными.

Психоаналитическая терапия средой показана, прежде всего, для всех больных, которые вследствие тяжелейших нарушений не в состоянии представить и проработать их конфликты на одновременно реальном и символическом уровне взаимодействия в терапевтической группе и которые поэтому не-способны воспользоваться возможностями инсайта, предлагаемого группой за счет обхода бессознательных механизмов защиты. Я этих больных настолько затоплено бессознательным, что они не интегрируют в Я аспект реальности группы и не могут использовать его для терапевтической работы.

Я хотел бы подчеркнуть, что различные терапевтические техники не должны рассматриваться жестко изолированными друг от друга, их комбинация дает плодотворные возможности для лечения именно в тех случаях, когда симптоматика и структура Я пациентов движется в промежуточном пространстве между господством сознания и господством бессознательного, т. е. в особенности у пограничных пациентов.

Пересадка актуальной жизненной ситуации пациента в терапевтическую среду психоаналитически ориентированной динамически-психиатрической клиники открывает с одной стороны особые возможности: почти все проявления жизни пациентов доступны наблюдению и интерпретации; с другой же — эта пересадка конфронтирует нас также со специфическими проблемами и требует кардинального изменения психоаналитической техники, которая в некоторых отношениях соответствует технике, предложенной Anna Freud (1945—1956б, 1956— 1965) для разработанного ею детского анализа. Детский аналитик становится активным партнером в мире игр ребенка, которые представляют его жизненную ситуацию; психоаналитически ориентированный психиатр становится активным партнером пациента с больным Я в терапевтической среде, ставшей жизненной ситуацией пациента. Психоаналитическое изучение детской игры и ее нарушений сделало важный вклад в наше понимание тяжелых психических заболеваний и их лечение (Gisela Ammon, 1969, 1971; Winnicott, 1972).

Терапевтическая ситуация детского анализа и терапевтической среды должна выполнить две задачи. Как локус отреагирования патологической симптоматики, она служит пациенту для повторения патогенной жизненной ситуации в первичной группе, которая интернализуется и в силу этого приобретает вторичную патологическую автономию. Терапевтическая ситуация является в этом смысле локусом переноса.

Поскольку перенос происходит в ситуации, свободной от патогенной динамики первичной группы и поэтому отвечающей на поведение пациента не враждебно деструктивно, а пониманием и защитой, речь идет не о простом повторении, а о коррекции раннего опыта. Эта двойная динамика повторения и коррекции (repeat and repair) является, так сказать, психодинамическим основным законом терапии тяжелых нарушений Я.

Модификация терапевтической техники, следующая из обстоятельства, что ребенок, как и психически больной с тяжелыми нарушениями не может говорить о своих конфликтах, а вынужден лишь воспроизводить их в своем поведении, может быть сформулирована в двух пунктах:

1. Терапевт прямо становится активным партнером в жизненной ситуации пациента. Он становится одним из важнейших факторов этой жизненной ситуации. В отношении взаимодействия между терапевтом и пациентом речь идет, следовательно, об активной прямой терапии.

2. Терапевт в совместной ситуации терапевтической среды является истолкователем поведения и конфликтов пациентов лишь во вторую очередь. Он интерпретирует действия и конфликты пациентов и отвечает на них прежде всего своим поведением. В том, что касается вербальной аналитической интерпретации, речь идет, следовательно, о непрямой терапии.

Терапевт вступает, иными словами, в жизненную ситуацию пациента как активный партнер, чтобы помочь ему понять и изменить ее. Цель при этом — дать пациенту в рамках терапевтической среды и в прямом взаимодействии с терапевтом сначала возможность нового опыта в смысле коррекции (repairing), часто впервые сообщая ему ощущение удачи и положительное чувство собственного существования. Таким образом может быть создана основа чувства Я, позволяющая пациенту постепенно принять и вербальную аналитическую интерпретацию своего поведения и конфликтов и работать с этой интерпретацией.

Между невербальным отреагированием симптоматики и вербальной психоаналитической интерпретацией тем самым появляется неформальное, преимущественно невербальное, но при этом все же аналитически контролируемое взаимодействие между пациентом и его терапевтическим окружением, которое служит эмоциональной коррекции (repairing. — Alexander, 1952) как базе для дальнейшей аналитической работы.

При этом терапевт и его сотрудники берут на себя сначала существенные функции Я пациента, которые

он делегирует им в ходе своей регрессии, как ранее своей референтной группе перед поступлением в клинику. Они делают это не в стиле деструктивного совместного отреагирования, а с самого начала стремятся постепенно вернуть пациенту делегированные им функции отграничения его Я и контроля поведения.

Я хотел бы в дальнейшем точнее обрисовать психодинамические предпосылки, которым должна соответствовать структура и организация терапевтической среды, чтобы сделать возможным восполняющее развитие Я пациента. При этом я хотел бы сначала на примере клиники Menninger показать, каким образом динамически-психиатрическая клиника может функционировать как дифференцированный терапевтический инструмент. Затем я хотел бы представить форму амбулаторного “терапевтического сообщества”, показывающего, с моей точки зрения, путь будущего развития динамической психиатрии.

Клиника как терапевтический инструмент

Терапевтическая среда динамически-психиатрической клиники, как, например, клиника Menninger, в которой лечатся пациенты с классическими психиатрическими картинами состояний, формируется группой терапевтов и помогающим им сотрудников. Эта терапевтическая бригада включает терапевтов, молодых, находящихся на обучении психиатров, клинических психологов, в особенности обученных и подготовленных социальных работников (см. гл. 11), медсестер, санитаров, интернистов, священников, арт-терапевтов, музыко-терапевтов, трудотерапевтов и т. д. Разные члены терапевтической бригады выполняют специфические функции в формировании терапевтической среды, ее поддержании и укреплении. Связь этих различных функций, их безупречная согласованность осуществляется благодаря постоянной совместной рефлексии и контролю, последовательным супервидением. Задача этой группы терапевтической бригады в целом та же, которую выполняет терапевтическая группа психоаналитической групповой терапии. Благодаря установлению гибкой общей границы группы, окружающей и больного, облегчается его слабое и нарушенное Я” формируется в реальности межличностных отношений образец границ Я, которые пациент должен выстроить в ходе восполняющего развития Я. Группа как целое имеет двойную функцию, она должна позволить пациенту повторение его травматического опыта и систематически корригировать это повторение понимающим и конструктивным реагированием.

Отдельные члены бригады имеют при этом специфические задачи, являясь специализированными факторами групповой границы, терапевтической среды. Центральная фигура бригады — психиатр, который несет ответственность за пациента и координирует все взаимодействия в бригадной группе относительно пациента. Его задачей является в рамках более узкой терапевтической ситуации, т. е. в психотерапевтически определенной интеракции с пациентом, постепенно помочь ему получить инсайт на динамику переноса и сопротивления своих интернализованных конфликтов и постепенно заложить основу для прогрессирующей вербализации взаимодействия.

Остальные члены или подгруппы терапевтической бригады служат тому, чтобы поддерживать и укреплять возникновение и постепенное дифференцирование этого аналитически ориентированного психотерапевтического процесса. Персонал, олицетворяющий учреждение клиники и ее распорядок, имеет при этом в целом функцию “третьего лица” (Ammon, 1959), которое относится к более узкой терапевтической ситуации, расширяя ее в терапевтическое поле. Задачей персонала является представить пациенту аспект реальности ситуации и конфрон-тировать его во всех сферах его жизненной ситуации в клинике там, где его патологические ожидания, определяемые бессознательной динамикой переноса, не совпадают с реальностью, и при этом в каждом случае избегать бессознательного совместного поведенческого отреагирования. Сотрудники обращаются с пациентом с самого начала как с лицом, несущим за себя полную ответственность, инфантильная сторона его личности игнорируется или не принимается, обращаются к здоровому Я. Пациент ни в коем случае дополнительно не инфан-тилизируется или лишается деперсонализирующей церемонией приема здоровых компонентов своего Я (см. гл. 1). От него, наоборот, ожидается, чтобы он в рамках клиники вел себя ответственно и обсуждал со своим терапевтом свои страхи и конфликты. При необходимости здесь показано целенаправленное назначение психофармакологических средств для смягчения тяжелых состояний. Это, однако, в каждом случае должно быть временным мероприятием, причем дозировка ни в коем случае не должна превышать меру безусловной необходимости.

Постоянная конфронтация с больными компонентами Я, воспринимаемая больным в дружеском, но ориентированном на реальность поведении персонала, расшатывает патологические компоненты его личности, которые могут постепенно начать переживаться как чуждые Я и становиться проблемой, которая затем может прорабатываться психотерапевтически.

Терапевт затем, сначала неформально, часто преимущественно невербально коммуницирует с пациентом о его страхах, агрессиях и трудностях, которые он переживает в повседневной жизни в клинике и при взаимодействии с аспектами реальности ситуации. Лишь постепенно из этих неформальных контактах разовьется более формализованная психотерапия.

Я хотел бы проиллюстрировать это на следующем примере:

В клинику Menninger поступил пациент 35 лет в сопровождении своей 70-летней матери, которая обращалась с ним буквально как с 5-летним ребенком. Она, например, говорила; “Но, мальчик, даме полагается открывать дверь, нести ее сумку, надо приветствовать взрослых поклоном” и т. д. Все детство пациента “водили за ручку” враждебная мать и “успешный” брат, бежавший в обсессивную политическую

деятельность и добившийся высокого государственного поста.

Во время первой беседы Джон выглядел большим славным ребенком, который был погружен в фантазии идей величия и время от времени впадал в состояния, которые в школьной психиатрии были бы обозначены как параноидное возбуждение и в которых проявлялся беспомощный протест против постоянно преследующей матери.

В начале лечения у меня было ощущение, что я не нахожу у пациента буквально ни кусочка здорового Я, с которым бы я мог работать и вступить в союз. Наконец, во время неформальной прогулки я нашел к больному мостик. Он охотно и хорошо играл в настольный теннис. Я включился, играл с ним, брал у него уроки и, исходя из этого, смог выстроить для пациента средовую и психотерапевтическую программу, которая помогла ему постепенно расширить и отграничить область своего опыта и артикуляцию потребностей, вплоть до вербальной психотерапии.

Программа терапии средой, о которой здесь говорится, имеет задачу дать пациенту в ряде дифференцированных ситуаций адекватные актуальной проблематике возможности открытия и развития конструктивных компонентов и функций Я-В особенности важно в этой связи, чтобы пациент имел возможность прорабатывать и вербализовать опыт, приобретаемый в средовой терапевтической работе в рамках последовательного психотерапевтического контакта с терапевтом. Благодаря вниманию, которое терапевт уделяет всякому опыту пациента и участию, которым сопровождаются его действия здоровые компоненты Я пациента получают дополнительное подкрепление и тем самым все больше оказываются способными противостоять больным компонентам Я. Это противостояние патологическим компонентам Я остается постоянной целью всей терапевтической работы.

Терапевтическая среда в ее различных гранях, которые служат или конфронтации больного или дают ему преходящую идентификацию с конструктивными факторами в рамках терапии средой, является в целом лишь непременной предпосылкой для аналитически-психотерапевтического освещения и проработки ставших бессознательными конфликтов пациента.

Терапевт старается при этом дать пациенту в средовой терапевтической работе ту точную меру отреагирующей защиты, которая нужна ему для поддержания границ своего Я, с другой стороны, дать точно ту меру аналитических интерпретаций, которую он может переработать с помощью своих вновь развитых или вновь открытых конструктивных сил Я.

Это означает, что диагноз, так сказать, постоянно должен ставиться заново, и что диагностический процесс должен синхронно сопровождать терапевтическое развитие, также как средовая терапевтическая работа должна соответствовать достигнутому состоянию восполняющего развития Я пациента. Постоянная синхронизация различных уровней терапевтического процесса есть задача психиатра, координирующего средовую терапевтическую программу пациента. Она облегчается постоянными контрольными занятиями всей бригады, на которых интегрируются все наблюдения, сделанные различными членами в контакте с пациентом. Эти контрольные занятия служат также постоянному осознанию проявлений переноса всех участников, которые по имеющемуся опыту являются важным ключом к психодинамике пациента и ее изменения в ходе терапевтического процесса.

В особенности важным аспектом средовой терапевтической программы является работа социального работника с родственниками больных (case-work). Этот процесс начинается в первичном обследовании пациента и сопровождает весь ход терапии, даже если родственники живут в удаленном месте.

Мой клинический опыт уже на протяжении свыше 25 лет дал мне серьезный урок — если в ходе лечения не удавалось добиться определенной степени сотрудничества родственников или группы друзей пациента, успех терапии в значительной степени находился под угрозой, или нарушался родными и друзьями, когда благодаря улучшению состояния пациента нарушалось патологическое равновесие в семейной или группе знакомых, когда другие члены группы вынуждены были брать на себя роль носителей болезни (см. гл. 2).

Сначала терапевтическая бригада, формирующая в рамках своих совместных контрольных обсуждений картину актуальной психодинамики пациента, берет тем самым на себя за больного функции Я интегрирующего и синтезирующего наблюдения его поведения. Она в целом и с самого начала систематически работает над тем, чтобы поместить пациента в положение, когда он сам сможет постепенно взять на себя эти функции Я интеграции, отграничения и контроля под собственную ответственность.

Предпосылкой для этого является то, что в рамках центральной психотерапии, которую делает возможной и поддерживает терапевтическая среда, но не заменяет, бессознательная связь между инфантильным опытом пациента в его патогенной первичной группой и его актуальным опытом в терапевтической среде становится сознательной. Лишь когда это произойдет, можно говорить о психоаналитической терапии средой и восполняющем развитии Я-

Чистая терапия средой в смысле традиционной трудо- и терапии занятостью дает, напротив, по имеющемуся опыту недолговременный эффект. Она ограничивается изменением актуальной жизненной ситуации пациента в рамках клиники, часто в форме остающегося без социальных контактов и психологически не интегрированной занятости или бессодержательного развлечения и оставляет глубинно-психологический уровень его бессознательных конфликтов непроработанным. Она упускает возможность действительного освобождения пациента от его бессознательных страхов и потребности в зависимости. Достигается, скорее, лишь гиперадаптация к по возможности гуманизированным правилам распорядка в клинике, которые остаются внешней принудительной рамкой идентичности Я больного, к которым он

остается привязанным.

Резюмируя, можно сказать: клиника как терапевтический инструмент основывается на способности группы терапевтической бригады к сотрудничеству и коммуникации. Эта группа,

во главе с центральной фигурой ведущего психиатра, выполняет в терапевтической среде функцию, которую сохраняет психотерапевтическая группа по отношению к своим членам, она служит образцом коммуницирующей границы Я. Как группа терапевтической бригады она сама формирует “терапевтическое сообщество”, поскольку, с моей точки зрения, всегда является ее существенной предпосылкой.

Терапевтическое сообщество

Я хотел бы обратиться к форме психоаналитической терапии средой, которая функционирует в форме интенсивной групповой психотерапии как амбулаторное терапевтическое сообщество и

показана в особенности для лечения пре- и постпсихотических пациентов.

Значение этой формы терапии заключается, с моей точки зрения, в том, что она делает возможной интенсивную психотерапию для тех больных, которые, с одной стороны, имеют слишком выраженные нарушения, чтобы их можно было успешно лечить лишь в рамках традиционных форм амбулаторной терапии, но которые, с другой стороны, еще не стали больными-хрониками со всеми связанными с этим проявлениями искусственной хронификации психических нарушений.

Для этих пациентов дополнительно к регулярной амбулаторной психоаналитической групповой терапии разработана программа терапии средой, которая в некоторых важных моментах отличается от терапии средой в рамках клиники, однако может с ней также комбинироваться.

1. Центральным терапевтическим инструментом этой формы психотерапии средой является ответственная за себя терапевтическая группа, определенным образом структурированная и имеющая специфический стиль работы.

2. Поле терапии средой, в котором эта группа в течение нескольких недель с полной ответственностью живет и работает, имеет характер реальности. Средовая терапевтическая работа служит переделке бывших сельскохозяйственных построек, которые постепенно перестраиваются и превращаются в психотерапевтические центры.

3. Средовое терапевтическое поле ограничено в месте и времени. Каждая средовая терапевтическая группа существует лишь примерно полгода. Терапевтическое поле, кроме того, отделено географически от места психоаналитической групповой терапии.

4. Средовая терапевтическая работа имеет характер ограниченного предприятия, которое происходит в рамках психоаналитической групповой терапии, однако, отделено от нее по времени, месту и организационно и как собственный самостоятельный терапевтический опыт дополняет и поддерживает амбулаторную групповую терапию.

Я хотел бы сказать об этом несколько подробнее: средовая терапевтическая группа составляется из пациентов различных терапевтических групп, которые уже вошли в терапевтический процесс с динамикой переноса и сопротивления, но в силу своей симптоматической симптоматики имеют особые трудности в использовании терапевтических возможностей группы или сопровождающей индивидуальной терапии.

Средовая терапевтическая группа готовится примерно в течение четверти года на особых заседаниях под руководством терапевта к своему пребыванию, как правило, в течение нескольких недель в терапевтическом поле. За это время члены группы знакомятся друг с другом и занимаются ожидающими их задачами.

Каждая средовая терапевтическая группа выбирает себе ограниченный проект, который планирует и готовит его реализацию в деталях. При этом речь всегда идет о реальных задачах, работах в домашнем хозяйстве, строительных работах по дому и на территории, переговорах с фирмами, ремесленниками и муниципальным начальством. В ходе предваряющих заседаний группа выбирает из своих членов руководителя проекта (организатора), который как центральная фигура прямо отвечает за координацию всех связанных с реальным аспектом замысла средовой терапии активностей перед руководящим психиатром терапевтического учреждения. Все члены группы берут на себя отдельные задачи, за выполнение которых отвечают. Пациенты, которые в ходе предварительных занятий выясняют, что не в состоянии сделать конструктивного вклада в совместный проект в рамках своих возможностей, и которые слишком воспринимают группу в рамках своей патологической динамики переноса, выходят из группы. Они могут сделать новую попытку на более позднем этапе в другой группе.

Выбор и структурирование группы в особенности важны. Они осуществляются в соответствии с ведущей точкой зрения, что группа в целом представляет твердый терапевтический союз на основе совместного проекта, в который каждый отдельный член может сделать вклад. В ходе предварительных занятий формируется структура группы, ее границы, кризисные моменты в группе своевременно выводятся в сознание и прорабатываются.

После этой подготовки группа в сопровождении терапевта вступает в поле терапевтической среды. Она не находит здесь твердой программы. Группа подготовилась к проекту и распределила между членами отдельные задачи, но формирование ситуации совместной жизни, разделение времени, решение, когда и над чем работать, когда и каким образом группа отдыхает, как и что есть и т. д. полностью определяется группой.

Группа не находит правил поведения, которым она подчиняется или против которых протестует, она организует с полной ответственностью всю жизненную ситуацию и старается ее конструктивно

сформировать. При этом на время совместного пребывания в поле терапевтической среды вводится сексуальное табу, запрещающее интимные отношения членов между собой. Кроме того, ежедневно проводятся терапевтические занятия, которые проводятся сопровождающим группу терапевтом и служат последовательной вербализации опыта, конфликтов и напряжений.

Таким образом, возникает чрезвычайная интенсивная жизненная ситуация, которая, с одной стороны, предоставляет пациентам полноту движений и возможностей самовыражения, с другой, — в особенности глубоко конфронтирует с их конфликтами и патологией.

Опыт группы, заключающийся в том, что для выполнения задачи и конструктивного формирования жизненной ситуации действительно необходим вклад каждого отдельного члена группы, делает у многих пациентов возможным прорыв через укрепившееся в многолетнем бессилии чувство собственной беспомощности и бесполезности.

Те пациенты, чье развитие Я столь нарушено, что они не в состоянии вербализовать свои трудности, находят в средовом терапевтическом поле возможность сначала обойти эти трудности артикуляции и выразить себя невербальным вкладом в формирование жизненной ситуации и реализацию совместных проектов.

Новый опыт в поле открывает доступ к вытесненным конфликтам, прежде всего, к засыпанным талантам. И чувство участия в осуществлении реальности замысла — построения срочно необходимого группового психотерапевтического центра — помогает пациентам не оценивать свою ситуацию как полностью безнадежную и мобилизует силы к конструктивному изменению ситуации.

Как важен реальный характер ситуации, явствует из следующего примера, репрезентативного для многих других.

Когда я несколько лет назад вместе с моей женой посетил средовую терапевтическую группу, мы думали сначала, когда пришли вечером в удаленный сельский дом, что в селе появилась новая гостиница. Затем выяснилось, что средовая терапевтическая группа покрасила белой краской большой старый деревенский дом, провела электричество, которое теперь празднично освещало дом. Установка энергоснабжения была делом студента-техника, который до того был депрессивно заторможен и неработоспособен. Группа просила его сделать работу, которую кроме него никто бы не смог сделать. Будучи конфронтирован с реальной ситуацией и потребностью всей группы в свете, студент смог преодолеть свой иррациональный страх и обрел свободу сделать что-то. Он впервые смог работать без чувства иррационального давления, парализовавшего его годами.

Реальный характер ситуации стимулирует важную динамику:

1. Он усиливает чувство Самости больного доверием к его здоровым способностям.

2. Он освобождает пациента от лихорадочной загнанности бессознательным страхом и чувством вины и усиливает тем самым терапевтический альянс.

Для пациентов, которые в своей жизненной ситуации по преимуществу изолированы и отданы во власть интернализованных установок к самим себе, опыт ежедневного тесного общежития в ситуации, которая для всех членов группы является новой и незнакомой, означает, как правило, значительное освобождение.

Члены средовой терапевтической группы являются в то же время членами различных терапевтических групп. Они по-новому воспринимаются в интенсивной ситуации терапевтического поля другими, ранее незнакомыми людьми, в силу чего получают часто возможность освободиться от определенной патологией самооценки, действительно осознанно воспринять и интегрировать изменения своей личности, происшедшие в ходе терапевтического процесса.

Терапевтическая среда приносит пациенту не только положительный опыт. Часто в особенности отчетливо выступают больные аспекты личности и воспринимаются интенсивно отягощающими. Под защитой терапевтической среды происходит, так сказать, сильная поляризация здоровых и больных аспектов личности. Последовательная проработка этого опыта в ежедневных терапевтических занятиях направлена на осознание этого конфликта, который затем пациентом приносится в его терапевтическую группу для основательной аналитической проработки. В срочных случаях, при сильном возбуждении и острых депрессиях терапевтические занятия дополняются индивидуальными беседами.

Важную функцию имеет ограничение средового терапевтического опыта по времени и месту. Оно с одной стороны обходит сопротивления, которые вызывает необозримая ситуация в форме страха, заторможенности и деструктивности и позволяет пациенту на время пребывания проявлять интенсивный интерес ко всем моментам ситуации.

Ограничение ситуации по месту и времени является некоторым образом тренировкой формирования и изменения границ Я. Это в особенности отчетливо в начале и конце опыта терапии средой. Средовая терапевтическая группа, формируемая с самого начала лишь на ограниченное время, встречается после возвращения из терапевтического поля еще на нескольких занятиях после выписки, на которых подводятся итоги опыта, полученного в терапевтическом поле и прорабатывается общая проблема возвращения в старую жизненную ситуацию. После этого группа распускается, и ее члены возвращаются в свои терапевтические группы. Резюмируя, можно сказать, что описанная форма психоаналитической терапии средой передает отвечающей за себя группе пациентов в терапевтически контролируемой, но свободной от ригидной регламентации ситуации, задачи, которые в клинической стационарной терапии средой воспринимаются группой терапевтической бригады. Она представляет собой поэтому чрезвычайно

интенсивную терапию Я. Ее комбинация как с клинически-стационарным лечением, так и с различными формами амбулаторной терапии открывает, с моей точки зрения, целый спектр терапевтических возможностей именно в переходной сфере, незадолго до попадания и за стенами “тотального учреждения” (Goffman, 1961) традиционной психиатрии.

“Терапевтическое сообщество” интенсивной психотерапии с ответственными за себя группами пациентов не исчерпывается в поверхностной “демократизации” ригидных правил клиники, которые от этого становятся не более гибкими, а более неприкасаемыми. Оно имеет целью прямого использования возможностей проникновения в жизненные конфликты и резервы, предоставляемые в Здесь и Сейчас сформированного в реальной жизненной ситуации терапевтического поля, с тем, чтобы их тем самым интегрировать в процессе аналитической психотерапии.

На месте ригидных больничных стен, как правило, ограничивающих собой пространство “терапевтической среды”, патогенная динамика которых часто лишь интенсифицирует патогенную ситуацию в семье и обществе, динамическая психиатрия утверждает живую групповую границу, служащую коммуникации и делающая ее возможной.

Структурируя пространство между индивидуумами в качестве динамического терапевтического фактора и делая доступным опыт в рамках психотерапевтического взаимодействия, она не отграничивается от общества, чтобы соответствовать его предрассудкам. Она скорее становится важным фактором изменений в обществе, которое все менее способно предоставлять для коммуникации своих членов живое пространство обмена опытом.

Важным, с моей точки зрения, является то, что основательное психодинамическое изучение генеза психических заболеваний в рамках группы и общества, представляющее основу свободной от предрассудков, гуманной и научно обоснованной работы по профилактике и терапии психических заболеваний, вовсе не требует миллиардов, выделяемых под проекты, служащие лишь рационализирующему смягчению чувства вины, которое по праву провоцируется бедственным положением психически больных.

11. ПРЕДЛОЖЕНИЕ РЕФОРМЫ

Приводимое ниже предложение реформы руководимого мной учебного и исследовательского института динамической психиатрии и групповой динамики в Берлине было сформулировано в 1972 г. в ответ на опрос берлинского сенатора по вопросам здравоохранения и охраны окружающей среды о ситуации психиатрического обслуживания в Западном Берлине.

Оно приводится здесь, поскольку ситуация, которой это касается, за прошедшее время не изменилась ни в Западном Берлине, ни в ФРГ и конфронтирует нас с теми же проблемами. *Позиция относительно внутренней и внешней реформы психиатрического обслуживания в Западном Берлине*. Необходимость кардинальной внутренней и внешней реформы психиатрического обслуживания сегодня никем уже всерьез не оспаривается. Эта реформа стала одной из насущнейших задач политики здравоохранения. Уже многие годы эксперты указывают на тревожное несоответствие между психиатрической морбидностью в населении с одной стороны, и недостаточными возможностями имеющихся учреждений психиатрического здравоохранения с другой (Ammon, 1972c, e).

Между тем для дискуссии выдвинут целый ряд предложений реформ, как, например, предложения немецкого общества психиатров и невропатологов, резолюции и рекомендации 73-ей и 74-ой конференций немецких врачей, и предложенная для Западного Берлина программа социально-психиатрической рабочей группы. Все эти предложения предполагают значительное переструктурирование существующих и создание многих новых учреждений психиатрического обслуживания.

Общей целью является построение разветвленной и дифференцированной системы психиатрического обслуживания по образцу ряда западных стран, которые после второй мировой войны провели кардинальную реформу своих психиатрических учреждений и при этом в существенной мере учитывали познания психоаналитически ориентированной динамической психиатрии.

Цитированные немецкие предложения реформ, сформулированные по образцам в США, Англии, Голландии, Скандинавии и т. д., по большей части, однако, игнорируют фактор, имеющий решающее значение для успеха предпринимаемой реформы. Имеется в виду немедленная и всеобъемлющая реформа образования всех психиатрических работников. Цитированные предложения указывают, правда, на необходимость такой реформы. Они, однако, не содержат конкретных предложений относительно того, как должно выглядеть необходимое интенсифицированное и улучшенное образование врачей, психологов, медперсонала, социальных работников и терапевтов занятостью. Из-за этого возникает впечатление, что необходимая структурная реформа психиатрического обслуживания является в основном проблемой структурной организации. При этом пренебрегают тем обстоятельством, что в Германии сначала у всех психиатрических работников должно появиться представление о том, что означает социальная психиатрия, психодинамика и групповая динамика, и насколько они могут быть реализованы в терапевтической работе. В противоположность всем сравнимым странам, не испытавшим длительного периода фашизма, в Германии еще далеко не произошла интеграция психоанализа в психиатрию в смысле динамической психиатрии. Такая интеграция, однако, как это показывает опыт США, Англии, Голландии, Швейцарии и т. д., является

одной из важнейших предпосылок тому, чтобы организационно-структурное изменение психиатрических учреждений стало связано с действительным улучшением терапевтической работы.

Внешнее структурное изменение, не подготовленное и не сопровождаемое внутренней реформой, поэтому бессмысленно. Усилия по перестройке психиатрических учреждений, не увязанные с проблемой образования, а ограничивающиеся организационно-учрежденческими, например, архитектурными мероприятиями, безусловно представляют собой колоссальную потерю инвестиций. В этом смысле W. Menninger сформулировал и осуществил в своей работе свой основной принцип: "сначала мозги, потом кирпичи".

То, что центр тяжести психиатрической структурной реформы должен приходиться на реформу образования психиатрических работников, не означает, однако, что это касается лишь университетов, различных учебных институтов и училищ. Следует, скорее, требовать, чтобы при содействии всех пригодных и готовых к этому образовательных учреждений в учреждениях психиатрического обслуживания создавались возможности для психотерапии и групповой динамики, вовлекающей всех, участвующих в клинической работе.

Это может произойти в ходе группо-динамического консультирования психиатрических больниц, группо-динамической самоэксплорации всех сотрудников психотерапевтическими консультантами, знакомыми с работой стационарного обслуживания и берущими на себя функции супервизоров. Эта программа, так сказать, внутрибольничного повышения квалификации должна быть дополнена параллельными программами обучения, предоставляемыми существующими и вновь организованными институтами психотерапевтического обучения. Основательное изучение структуры и динамики психиатрических учреждений (Ammon, 1959, 1968b, 1971d; Battegay, 1967; Caudill, 1958; Stanton и Schwartz, 1954; Winkler, 1969a) показали, что терапевтическая эффективность психиатрических клиник растет в той мере, в которой удается улучшить самопознание, способность к коммуникации и кооперации всех сотрудников. Этот инсайт операционализируется в работе "терапевтического сообщества", которая, по опыту, может стать лишь результатом интенсивного процесса обучения и клинической работы. Требуемые возможности психотерапевтического и группо-динамического повышения квалификации имеют поэтому целью создать в самой клинической работе предпосылки к ее структурному изменению.

Все организационные и административные шаги психиатрической структурной реформы должны соотноситься с этой целью, т. е. делать возможным, стимулировать и поддерживать процесс обучения в клинической работе. Это представляется тем важнее, что срочно требуемое формирование новых, прежде всего внебольничных учреждений, вплоть до сети учреждений обслуживания типа "Community psychiatry" зависит от наличия основательно подготовленных и квалифицированных сотрудников, без которых программа новых структур останется висеть в воздухе.

Конкретно выдвигаются следующие требования:

1. Создание центральной комиссии исследования и планирования: постоянная группа специалистов должна, в качестве советников по психиатрической структурной реформе, сначала провести основательный анализ существующей ситуации. При этом речь идет как о детальном статистическом обзоре, так и в особенности, об изучении условий, ответственных за появление госпитализма. Здесь необходим ряд исследовательских проектов. На основе этих данных комиссия должна создать концепцию для средне- и долгосрочной реформы и консультативно сопровождать процесс переструктурирования.

2. Централизация: планирование и проведение реформ нуждаются в центральном руководстве, поскольку перестройка должна проводиться координированно в отдельных клиниках и учреждениях. В этой связи следует требовать, чтобы нервная клиника им. Карла Бонгеффера была подчинена сенатору по здравоохранению и охране окружающей среды.

3. Разукрупнение больших психиатрических больниц и создание специализированных учреждений.

3.1. В соответствии с проблемно-специфичными точками зрения в рамках переструктурирования существующих больших психиатрических клиник должны формироваться отдельные самостоятельные отделения, напр., для гериатрических, пациентов с органической мозговой патологией, психотически реагирующих, наркотически зависимых пациентов и т. д. Эти группы должны обслуживаться в обозримых когортах и, по возможности, в терапевтических группах.

Такое разукрупнение могло бы существенно способствовать необходимой для внутренней реформы разгрузке клиник и способствовало бы повышению квалификации в ходе клинической работы.

Из доклада Баварской комиссии планирования психиатрических больниц следует, что благодаря адекватному разукрупнению в учреждениях вне больниц может обслуживаться 50% наркотически зависимых, 50% олигофренов и 35% больных старческого возраста (Selecta, 13, 1972).

3.2. Сеть социально-психиатрических консультаций должна быть расширена. Кроме того, следует требовать отмены юридического запрета на терапию в этих пунктах, которые в этом случае смогли бы взять на себя широкие функции амбулаторного обслуживания. Таким образом, благодаря улучшению возможностей профилактики и реабилитации мог бы быть снижен прием в большие клиники. В рамках этих, также терапевтически работающих консультаций, должна быть интегрирована круглосуточная служба психиатрической скорой помощи, которая в особенности должна ориентироваться на обслуживание суицидоопасных и наркотически зависимых.

4. Уравнивание психически и соматически больных: Разукрупнение и создание специализированных учреждений может принести пользу лишь тогда, когда будет устранена юридическая дискриминация

психически больных. Срочно необходима реформа законов о госпитализации и закона о центральном учете. Так, около 70% всех пациентов в нервной клинике им. Карла Бонгеффера госпитализированы принудительно и подлежат в связи с этим пожизненному психиатрическому учету, сильно затрудняющему усилия по социальной реабилитации.

Уравнивание психических и соматических больных должно выражаться, прежде всего, также в приравнивании штатов персонала психиатрических служб к нормальному уровню. На обслуживание больного в клинике Карла Бонгеффера сейчас расходуется лишь 40,2 марки!

Юридическое и финансовое уравнивание психически больных с соматически больными является предпосылкой для устранения целенаправленной работой с общественностью общественных предрассудков, которые, как и прежде, решающим образом затрудняют как терапевтическую работу, так и усилия по проведению реформы.

5. Образование, повышение квалификации: 5.1. Время повышения квалификации.

В берлинских университетских клиниках молодым врачам предоставляется треть их рабочего времени для повышения квалификации. Ввиду отсталости и трудностях в повышении квалификации всех сотрудников в области психиатрического обеспечения следует требовать, чтобы такой распорядок был введен во всех психиатрических клиниках. Это делает насущным увеличение штатных ставок. В этой связи следует упомянуть, что многие молодые врачи, желающие работать в психиатрии, годами не могут найти работы из-за недостатка должностных ставок. Врачи в психиатрических клиниках перегружены управленческой работой, терапия почти исключительно является фармакологической, срочно необходимая психотерапевтическая практика и повышение квалификации в этих условиях невозможны.

5.2. Содействие повышению квалификации в психотерапии.. Все уже существующие в Берлине психоаналитические

учебные институты, готовые к сотрудничеству в повышении квалификации психиатрических сотрудников, должны поддерживаться государственным финансированием. Это сделало бы возможным решающее расширение возможностей подготовки за короткое время и снизило бы стоимость обучения, взимаемую сейчас индивидуально.

Для необходимого улучшения амбулаторного обслуживания можно рекомендовать Балинтовские группы для частнопрактикующих интернистов и психиатров.

Покрытие страховыми компаниями стоимости психотерапевтического лечения контрастирует с тем обстоятельством, что на сегодняшний день в Западном Берлине 200 терапевтам, из которых лишь 72 сотрудничают со страховыми кассами (из них врачей лишь 31) противостоят примерно 200 000 нуждающихся в психотерапии.

5.3. Создание новых курсов обучения и новых профессиональных групп.

Для занятого в сфере психиатрического обслуживания неврачебного персонала должна быть создана современная и дифференцированная относительно различных профессиональных областей программа обучения, обязательная при тарификации сотрудников.

В отличие от традиционных учреждений для содержания, терапевтическое сообщество нуждается не просто в сестрах и санитарах, которые следят за порядком и чистотой, оно заинтересовано в том, чтобы все сотрудники чувствовали себя вспомогательными терапевтами и могли бы получить соответствующее образование. Примером тому может служить программа подготовки психиатрических социальных работников фонда Menninger в Америке:

А. Диагностическая работа.

Истории болезни, реабилитационная работа с семьей, консультации по профессиональным и вопросам обучения.

Б. Social Group work.

Групповая работа по ресоциализации пациентов, участие в клинических конференциях и интерпретация в бригаде психиатров, сестер с психиатрическим образованием и вспомогательных терапевтов, клиническая психология.

В. Ход обучения.

Специальная подготовка по психопатологии, психиатрическим синдромам и общей психодинамике.

Семинары по социальной работе с семьями, социальной работе с группами, социальной работе в общинах.

Специальные курсы, в т. ч. психиатрические истории болезни, детская психиатрия, принципы психотерапии, психологические тесты, участие в исследовательских проектах. 6. Интенсификация мероприятий по профилактике и реабилитации:

Должно требоваться, чтобы детские сады, школы, детские дома и учреждения по охране семьи получали бы постоянное психотерапевтическое консультирование. Супервизоры с психотерапевтическим образованием имели бы при этом задачу обращать внимание сотрудников соответствующих учреждений на ранние стадии психического заболевания и, при необходимости, принимать терапевтические меры.

Дополнительно к этому срочно необходимо значительное усиление и формирование психотерапевтической работы по ресоциализации заключенных.

Для большой и постоянно растущей группы в основном молодых пациентов, страдающих пограничными формами патологии между психозом и неврозом, необходимо создание в каждом округе центров терапии

средой, которые бы давали возможность проводить под руководством квалифицированных психотерапевтов восполняющее развитие Я в рамках аналитической терапии средой.

Важно, чтобы в этих центрах пациенты получали реальные задачи и чтобы их таланты и способности развивались и признавались в коммуникации и сотрудничестве с другими.

Названные требования имеют целью формирование сети учреждений общинной психиатрии в смысле цепи преимущественно внебольничных учреждений, районных общинных психиатрических центров, за счет программы интенсивной психодинамической и психотерапевтической подготовки и повышения квалификации всех психиатрических работников.

Целевая система психиатрического обслуживания сети учреждений должна обеспечивать последовательность в профилактике, лечении и амбулаторном наблюдении, противопоставляя скользящему спектру психических заболеваний соответствующий спектр возможностей лечения, тесно связанных между собой.

Эта тесная связь недостижима лишь административным путем. Предпосылкой здесь является просвещение всех психиатрических работников в рамках основательного учебного процесса о психодинамических и группо-динамических условиях их работы с широким спектром различнейших психотерапевтических процедур, расширяющих возможности реабилитации и ресоциализации психически больных в невиданном ранее объеме.

Очевидно, что необходимый совместный учебный процесс должен быть свободен от идеологического догматизма, и что конструктивное планирование структурной психиатрической реформы должно учитывать познания современной психиатрически-психотерапевтической практики и теории. Структуры государственного управления должны безоговорочно поддерживать усилия, связанные со структурной психиатрической реформой.

LITERATUR

Abraham K. (1911) Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions—In: Selected Papers on Psychoanalysis. London, Hogarth Press, 1927.
Adorno Th. W.: Sociologica II. Europaische Verlagsanstalt, Frankfurt/M.,
Adorno Th. W.: Sociologica II. Europaische Verlagsanstalt, Frankfurt/M.,
1962.
— (1917) Die Freudsche Theorie und die Struktur der faschistischen Propaganda. — In: Psyche 25, 486—509.
Aichhorn A. (1925) Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Ffirsor-geerziehung. — Huber, Bern, 1965.
Akerfeldt S. (1957) zit. nach Alexander F. G., Selesnik S. T. Geschichte der Psychiatrie. — Diana, Konstanz.
Alexander F. (1927) Psychoanalyse der Gesamtpersonlichkeit.— Int. Psycho-anal. Vlg., Leipzig.
— (1930) The Neurotic Character. — Int. J. PsychoanaL, 1!, 292—311.
— (1951) Psychosomatische Medizin. — de Gruyter, Berlin.
— (1952) Development of the fundamental concepts of psychoanalysis.-— In: Alexander F., Ross H. Dynamic Psychiatry. Univ. Chicago Press, Chicago.
Ammon Gisela (1969) Beobachtungen uber einen psychoanalytischen Kindergarten. Zum Problem der Frustrationsregulation. — Pinel, Berlin.
— (1971) Stufen der Kreativitat in der Vorlatenz. — Dyn. Psychiat. 4, 296— 305.
— (1972a) Vorlaufer psychosomatischer Erkrankungen. — Dyn. Psychiat. 6, 11—32.
Ammon Giinter (1957) The psychotherapeutic process of a painter with schizophrenic reaction, demonstrated through pictures. — Proceedings 6. Convent, of the Interam. Soc. f. Psychol., Univ. Press, Mexico City.
— (1959) Theoretical aspects of milieu therapy. — The Menninger School of Psychiatry, Topeka.
— (1965) The turning point in the psychoanalysis of a young woman with severe identity diffusion. — 20.VII. The Menninger Foundation.
— (1968a) Die «schizophrenogenic mother» in der Ubertragung.— Dyn. Psychiat. 1, 34.
— (1968b) Dynamische Psychiatrie. — Dyn. Psychiat. 1, 6—18.
— (1969a) Abrupter Durchbruch destruktiver Aggression als psychiatrisches Problem. — Beitrage zur gerichtlichen Medizin, Bd. 27, Deuticke, Wien.
— (1969b) Zur Psychodynamik und Gruppendynamik der Aggression.— Wege zum Menschen, 21, H 5.
— (1969c) Oralitat, Identitatsdiffusion und weibliche Homosexualitat. Eine psychoanalytische Studie. — Dyn. Psychiat. 2, 63—69.
— (1969d) Verifikation von Psychotherapie bei schizophrener Reaktion.— Confinia Psychiatrica, 12, No. 1.
— (1969e) Psychoanalytische Gruppentherapie. — Indikation und Prozefi.— Pinel, Berlin.
— (1970a) Gruppendynamik der Aggression. Beitrage zur psychoanalytischen Theorie. — Pinel, Berlin.
— (1970b) Gruppe und Aggression. Eine psychoanalytische Untersuchung zur Aggressionsdynamik der Familiengruppe. — In: Gruppendynamik der Aggression. — Pinel, Berlin.

— (1970c) Auf dem Wege zu einer dynamischen Sozialpsychiatrie. — Dyn. Psychiat. 3t 121—126.
— (1970d) Von der psychoanalytischen Standardmethode zur analytischen
156
Gruppenpsychotherapie. Oberlegungen zu Gemeinsamkeiten und Differenzen. — Dyn. Psychiat. 3, 140—158.
— (1970e) Die analytische Gruppentherapie im Rahmen der Sozialpsychia-trie. — Dyn. Psychiat. 3, 185—190.
— (1971a) Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I.— Dyn. Psychiat. 4, 9—28.
— (1971b) Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie II. Autobiographie und Behandlungsbeginn. — Dyn. Psychiat. 4, 123—167.
— (1971c) Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III. Therapeutische Technik und analytischer Prozefi. — Dyn. Psychiat. 4, 181— 201.
— (197If) Dynamique du reve et de la realite dans le traitement psychana-lytique de la schizophrenie. — Revue Francaise de Psychanalyse, 35, 5—6.
— Hrsg. (1971h) «BewuBtseinserweiternde» Drogen in psychoanalytischer Sicht. — Pinel, Berlin.
— (1972a) Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie IV. Fa-miliendynamik und Krankheitsgeschichte. — Dyn. Psychiat. 5, 81—107.
— (1972c) Zur Lage der psychisch Kranken in der Bundesrepublik und in Westberlin. — Dyn. Psychiat. 5, 137—149.
— (1972d) Zur Genese und ,Struktur psychosomatischer Syndrome unter Be-rucksichtigung psychoanalytischer Technik. — Dyn. Psychiat. 5, 223—251.
— (1972e) Zur Lage der pychisch Kranken in Berlin (West). —Die Berliner Arztekammer 9, 6—10.
— (1972f) Geisteskranke Gesellschaft. — Neues Forum, Juli/August, 48—52.
— (1972g) Verschiedene Ausdrucksformen bei schizophrener Reaktion.— Japanese Bulletin of Art Therapy, Tokio.
— (1972i) Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. — Dyn. Psychiat., 6.
— (1972k) Uber die psychodynamische Beziehung von Traum, Psychose und Realitat in der Schizophrenie unter dem Aspekt von Ich-Regulation. — Psycho-ther. Psychosom. 20, H. 6
— Hrsg. (19721) Gruppendynamik der Kreativitat.— Pinel, Berlin.
— (1972n) The psychodynamics of dream, psychosis and reality in schizophrenia, from the aspect of ego regulation (with case study). — In: Proceedings of the 4th Int. Symposium, Turku. Excerpta Medica, Amsterdam.
— (1973) Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe. Ein Beitrag zur psychoanaiytischen Aggressionstheorie. — Z. Psychother. med. Psychol. 23, H. 3.
Anzieu D. (1971) Psychoanalytische Interpretation in grofien Gruppen.— Dyn. Psychiat. 4, 108—122.
Approbationsordnung fur Arzte. — In: Gesetz- und Verordnungsblatt vom 28.10.1970, S. 1895, Referat fur Presse und Offentlichkeitsarbeit beim Bundes-minister fur Familie, Jugend und Gesundheit (Bonn).
Arendt H. (1960) Vita activa oder «Vom tatigen Leben». — Piper, Munchen.
Argelander H. (1963/64) Die Analyse psychischer Prozesse in der Gruppe.— Psyche (XVII) 450—470, 481—515.
— (1968) Gruppenanalyse unter Anwendung des Strukturmodells. — Psyche (XXII) 913—953.
Arieti S. (1970) The origins and development of the psychopathology of schizophrenia. — In: M. Bleuler, J. Angst (Hrsg.) Die Entstehung der Schizophrenie. Huber, Bern.
Balint M. (1968) Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstorung. — Klett, Stuttgart.
Bateson G. et al. (1956) Towards a therapy of schizophrenia. — Behav. Sci. 1, 251—264.
— (1969) Schizophrenie und Familie. — Suhrkamp, Frankfurt.
Battegay R. (1967—1969) Der Mensch in der Gruppe. Bd. 1—3.— Huber, Bern.
Bellak L. (1952) Manic depressive psychosis and allied conditions. — Grune & Stratton, NY.
— (1967) Selected papers of L. Bellak. — Grune & Stratton, NY.
157
— (1969a) Research on ego-function patterns. — In: L. Bellak, Loeb L., (Eds.) The schizophrenic syndrome. Grune & Stratton, NY.
— (1969b) The systematic diagnosis of the schizophrenic syndrome. — Dyn. Psychiat. 3, 148—156.
— etal. (1968) The Schizophrenic Syndrome. — Grune & Stratton, NY. Benedetti G. (1970a)

Schizophrenic — Dyn. Psychiat. 3, 20—30.
Bibring E. (1953) The mechanism of depression. — In: Greenacre P. (Ed.) Affective disorders. Int. Univ. Press, NY.
Biermann G. (1968) Kindeszuchtigung und Kindesmil3handlung. — E.Reinhardt, Mtinchen.
Bion W. R. (1961) Experiences in groups and other papers. — Tavistock, London.
Blanco J, M. (1941) On introjection and the process of psychic metabolism.— Int. J. Psydhoanal. 22, 17—36.
Bleuler E. (1911) Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien.— Deuticke, Leipzig.
— (1912) Das autistische Denken. — Jhb. Psychoanal. Psychopath. Forsch. 4. Bleuler M. (1970) What do you think in regard to the genesis and nature of schizophrenia? — Dyn. Psychiat. 3, 29. s.
— (1972) Die scizophrenen Geistesstorungen im Lichte langjahriger Kranken-und Familiengeschichten. — Thieme, Stuttgart.
— ,Angst (Hrsg.) (1971) Die Entstehung der Schizophrenic — Huber, Bern. Block G. R. etal. (1971) Handhabung des Nein in der analytischen Gruppen-therapie. — Dyn. Psychiat. 4, 313—332.
de Boor G. C (1965) Zur Psychosomatik der Allergie, insbesondere des Asthma bronchiale. — Huber, Bern.
Brack H. (1971) Obesity and orality. — Dyn. Psychiat. 4, 251—257. Bschor F. Hrsg. (1971) Jugendliche und Drogenkonsum — Pressedienst der FU, Nr 5. Aus der Arbeit der Forschungsgruppe S am Institut fur gerichtliche und soziale Medizin der FU Berlin.
Bundesminister fur Jugend, Familie und Gesundheit (1971) Gesundheitsbe-richt. — Kohlhammer, Stuttgart.
Bundestagsdrucksache VI 474 (1970) Psychisch Kranke noch am Rande der Gesellschaft. — Deutsches Arzteblatt 67, H. 18.
Burrow T. (1926) The group method of analysis. — Psychoanal. Rev. 14, 268. Caudill W. (1958) The psychiatric hospital as a small society. — Harvard Univ. Press, Cambridge, Ma.
Cohen M. B. et al. (1954) An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis.— Psychiatry 17, 103—138.
Degkwitz R., Schulte P. W. (1971) Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. Bisherige Entwicklung — Status quo — Vor-schlage zur Verbesserung. — Nervenarzt, 42, 169.
Deutsch F, (1953) Basic psychoanalytic principles in psychosomatic disorders. — Acta Psychother. Psychosom.
— (1959) Symbolization as formative stage of the conversion process. — In: On the Mysteriouse leap from the mind to the body. Univ. Press, NY. Deutsch H. (1944) The psychology of women. — Grune & Stratton, NY.
— (1965) Neuroses and Character types.— Int. Univ. Press, NY.
Deutscher Arztetag (1970) Verbesserung der Hilfe fur psychisch Kranke und Gefahrdete (Resolution). — Deutsches Arzteblatt, H, 24. Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders (1955). — Am. Psychiat. Ass., Washington.
Dorner K. (1971) Gesellschaftlicher Nutzen und Schaden des Krankheitsbe-griffs. — In: Lauter H., Meuer J.-E., Hrsg. Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Thieme, Stuttgart.
Dreyfufi G. (1908) Nervose Dyspepsien. Zit. nach: Kutemeyer W. Korperge-schehen und Psychose. — Enke, Stuttgart, 1953.
Diihrssen A. (1962) Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psycho-therapie. — Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psy-chiatrie, 99, Springer, Berlin.

— (1964) Katamnestische Untersuchungen zur Gruppentherapie. — In: Z. Psy-:hosom. Med. 10, 120—126.
Ehrhardt H. (1970) Zur Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik.— Zentralbl. ges. Neurol. u. Psychiat. 201, 233—275.
Ekstein R. (1966) Children of time and space, of action and impulse.— Appleton, NY.
Erikson E. H. (1956) The problem of ego identity. — In: J. Am. Psychoanal. Ass. 4, 56—121.
— (1965) Kindheit und Gesellschaft. — Klett, Stuttgart.
— (1970) Identitat und Lebenszyklus. — Suhrkamp. Frankfurt/M.
Ezriel H. (1950) A psychoanalytic approach to group treatment. —- Brit. J. Med. Psychol. 23, 59—74.
— (1960/61) Ubertragung und psychoanalytische Deutung in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. — Psyche 16, 496—523.
Fairbairn W. (1952) Psychoanalytic Studies of the personality. — Tavistock, London.
— (1955) Observations in defense of the object relations. — Brit. J. Med. Psychol. 28, 144—156.
Federn P. (1932) The ego feeling in dreams. — Psychoanal. Quart. 1, 511— 542.

— (1934) The awakening of the ego in dreams. —Int. J. Psychoanal. 15,. 296—301.
— (1952) Ego psychology and the psychoses. — Basic Books, NY.
Fenichet O. (1931) Perversionen, Psychosen, Charakterstorungen, — Wiss. Buchgemeinschaft, Darmstadt, 1967.
~ (1945) The psychoanalytic theory of neurosis.— Norton, NY.
Ferenczi S. (1924) On forced phantasies. — In: Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis. Hogarth Press, London.
— (1955) In: Balint M. (Ed.) Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis. — Basic Books, London.
Fish F. /. (1962) .Schizophrenia. — Wright & Sons, Bristol.
Flegel H. (1965) Therapeutische Gemeinschaft: Theorie, Technik und sozialer Kontext. — Prax. Psychother. 10.
— (1966) Die psychiatrische Krankenabteilung als therapeutische Gemeinschaft. — Nervenarzt, 37.
Flesch-Thebesius (1970) Ftirsorge fur psychisch Kranke und psychisch Gefahr-dete. — Dt. Arzteblatt, 24.
Foucault M. (1954) Maladie mentale et Psychologie. — Presses Universitaires, Paris.
Foulkes S. H. (1948) Introduction to group-analytic psychotherapy. — Heine-mann, London.
Anthony E. J. (1965) Group psychotherapy. — Penguin, London.
Freud A. (1936) Das Ich und die Abwehrmechanismen. — Imago, London.
— (1952) A connection between the states of negativism and of emotional surrender. — Int. J. Psychoanal. 33, 265.
— 1945—1956) Indications for child analysis. — Khan M. (Ed.) Hogarth Press, London, 1969.
Freud S. (1894) Die Abwehr-Neuropsychosen. — Ges. W. Bd. 1, Imago,. London.
— (1895a) Uber die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als «Angstneurose» abzutrennen. — Ges. W. Bd. 1.
— (1895b) Studien uber Hysterie. — Ges. W. Bd. 1.
— (1895c) Entwurf einer Psychologie. — In: Aus den Anfangen der Psychoanalyse, Fischer, Frankfurt/M, 1962.
— (1900) Die Traumdeutung. — Ges. W. Bd. 2/3.
— (1905a) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. — Ges. W. Bd. 5.
— (1905b) Bruchstuck einer Hysterieanalyse.— Ges. W. Bd. 5.
— (1909a) Die psychogenetische Sehstorung in psychoanalytischer Auffas-sung. — Ges. W. Bd. 8.
159-
— (1909b) Bemerkungen uber einen Fall von Zwangsneurose. — Ges, W. Bd. 7.
— (1911) Psychoanalytische Bemerkung uber einen autobiographisch beschrie-benen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). — Ges. W. Bd. 8.
— (1914) Zur Einfuhrung des NarziBmus. — Ges. W. Bd. 10.
— (1915) Das Unbewufite. — Ges. W. Bd. 10.
— (1916) Trauer und Melancholie. — Ges. W. Bd. 10.
— (1916/1917) Vorlesungen zur Einfuhrung in die Psychoanalyse. — Ges. W Bd. 11.
— (1918) Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. — Ges. W. Bd. 12
— (1919) Ein Kind wird geschlagen. — Ges. W. Bd. 12.
— (1920a) Jenseits des Lustprinzips. — Ges. W. Bd. 13.
— (1920b) Uber die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexuali-tat —Ges. W. Bd. 12.
— (1921) Massenpsychologie und Ich-Analyse.— Ges. W. Bd. 13.
— (1923) Das Ich und das Es. — Ges. W. Bd. 13.
— (1924a) Der Realitatsverlust bei Neurose und Psychose. — Ges. W. Bd. 13
— (1921) Massenpsychologie und Ich-Analyse. — Ges. W. Bd. 13. ■— (1926) Hemmung, Symptom und Angst. — Ges. W. Bd. 14.
— (1927) Fetischismus. — Ges. W. Bd. 14.
— (1938a) Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang. — Ges. W. Bd. 17.
— (1938b) Abrifi der Psychoanalyse. — Ges. W., Bd. 17.
Fromm-Reichmann F. (1943) Psychoanalytic psychotherapy with psychotics: the influence of modifications in technique on present trends in psychoanalysis. — Psychiatry 6, No. 3.
■— (1946) Remarks on the philosophy of mental disorder. — Psychiatry 9. N6. 4.
— (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. — Psychiatry 11, No. 3.

— (1950) Principles of intensive psychotherapy.—Chicago Univ. Press.
— (1958) Basic problems in the psychotherapy of schizophrenia. — Psychiatry 21, No. 1.
Fursorge fur psychisch Kranke und psychisch Gefahrdete (1970). — Dt. Arzteblatt 24.
Gardiner M. (1971) (Ed.) The Wolfman. — Basic Books, NY.
Gartna A, (1969) Group psychoanalysis with peptic ulcer patients. — Dyn Psychiat. 6, 2—10.
Gillespie W. H. (1952) Notes on the analysis of sexual perversions. — Int. J Psychoanal. 33.
Glover E. (1933) The Relation of perversion formation to the development of reality sense. — Int. J. Psychoanal. 14.
— (1955) The technique of psychoanalysis (1928/1940). — Int. Univ. Press. NY. /
Goffman E. (1961) Asyle. Ober die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. — Suhrkamp, Frankfurt/M, 1972.
Gonzales J. L, Quevedo G. (1972) Psychoanalysis and creativeness. — In: Ammon G. (Hrsg.) Gruppendynamik der Kreativitat. Pinel, Berlin.
Greenacre Ph. (1953a) Trauma, growth and personality.—Hogarth Press. London.
— (1953b) Certain relationships between fetishism and faulty development of the body image. — Psychoanal. Study Child 8.
— (1958) Early physical determinants in the development of the sense of identity. — Am. J. Psychoanal. Ass. 6, 612—627.
— (1959) On focal symbiosis. — In: Jessner L., Pavenstedt E. (Eds) Dynamics Psychopathology in childhood. Grune & Stratton, NY.
— (1960a) Further notes on fetishism. — Psychoanal. Study Child, 15, Int Univ. Press, NY.
— (1960b) Regression and Fixation.—J. Am. Psychoanal. Ass. 8, 703.
Griesinger £. (1845) Zur Pathologie und Therapie der psychischen Krankhei-ten. — Berlin.

Grinberg L. (1956) Zit. nach Kemper W. (1973).
Grinberg L, et al, (I960) Psicoterapie del grupo, su enfoque psicoanalitico.— Paidos, Buenos-Aires.
Guntrip H. (1952) A study of Fairbairn's theory of schizoid reactions. — Brit. J. med. Psycho!., 25, 86—103.
— (1968) Schizoid phenomena, object relations and the self. — Hogarth Press, London.
Hafner H. (1967) Zit. nach Huber G. (1972).
Haley J. (1956) Zit. nach Bateson et al. (1969).
Harlow H. F. (1959) Basic social capacity of primates. — In: Spuler J. (Ed) The evolution of man's capacity for culture. Wayne State Univ. Press. Detroit.
— , Harlow M. (1966) Learning to love. — Am. Scient. 54, 3.
Hartmann H. (1939) Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. — Klett, Stut-gart, 1960.
— (1953) Contribution to the metapsychology of schizophrenia. — In: Essays on ego psychology. Selected problems in psychoanalytic theory. Int. Univ. Press, NY, 1964.
Heigl F. (1968) Analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie: Differentia specifica. — Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 2, 21—52.
— (1972) Prognose und Indikation in Psychoanalyse und Psychotherapie.— Verlag med. Psychol., Gottingen.
Heigl-Evers A. (1968) Einige technische Prinzipien der analytischen Gruppenpsychotherapie. — Z. Psychosom. Med. 14, 282.
— (1972) Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. — Verlag med. Psychol. Gottingen.
Heston J. L. (1966) Zit. nach Schmidbauer W. (1971a).
Hoch A., Kirby G. H. (1919) A clinical study of psychoses characterized by distressed perplexity. — Arch. Neurol. Psychiat. 1, 415—458.
Hoffer W. (1949) Mouth, hand and ego-integration. — Psychoanal. Study Child 3/4, Int. Univ. Press, NY.
Horwitz W. A. Insulin shock therapy. — In: Arieti S. (Ed) American handbook of psychiatry, Bd. 1, Basic Books, NY.
Huber G. (1972) Zukunftsperspektiven einer Struktur der psychiatrischen Ver-sorgung in Deutschland. — Fortschr. Neurol. Psychiat. u. Grenzgeb. 40, 515— 533
Jackson D. D. (1956) Zit. nach Bateson et al. (1969).
Jacobson E. (1953) Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression.— In: Greenacre Ph. (Ed) Affective disorders. Int. Univ. Press, NY.
— (1954a) Transference problems in the psychoanalytic treatment of severely depressive patients. — Am. J. Psychoanal. Ass. 2, 595—606.

— (1954b) The self and the object world: vicissitudes of their infantile ca-thexes and their influences on ideational and affective development. — Psychoanal. Study Child 9, Int. Univ. Press, NY.
— (1954c) Contribution to the metapsychology of psychotic identifications.— J. Am. Psychoanal. Ass. 2, 239—262.
— (1957) On normal and pathological moods.— Psychoanal. Study Child 12, Int. Univ. Press, NY.
— (1964) The self and the object world. — J. Am. Psychoanal. Ass. Monograph Series No 2. Int. Univ. Press, NY.
Jaspers K. (1946) Allgemeine Psychopathologie. — Springer, Berlin, 1965. Jung C. G. (1906) Psychologie der Dementia Praecox. — Marhold, Halle.
— (1907) Uber die Psychologie der Dementia Praecox. — Marhold, Halle. Kallmann F. J. (1946/47) The genetic theory of schizophrenia. — Am. J. Psychiat. 103, 309.
Kemper W. (1958) Zur heutigen Gruppentherapie, Ruckblick und Ausblick.— Psyche, 12, 11.
— (1959) Psychoanalyse und Gruppenpsychotherapie. — Z. Psychother. med. Psychol. 9, H. 5.
— Hrsg. (1973) Psychoanalytische Gruppentherapie. Praxis und theoretische Grundlagen. — Kindler, Munchen, 1960.
И Зак. 962

Kernberg O. (1967) Borderline Personality Organization. — J. Am. Psycho-anal. Ass., 15, 641—685.
— (1968) The treatment of patients with borderline personality organization. — Int. J. Psycho-Anal., 49, 600—619.
Khan M. M. R. (1960) Regression and integration in the analytic setting.— Int. J. Psycho-Anal. 41, 130—146.
— (1962) The role of polymorph perverse body-experiences and object relations in perversion. — Brit. J. med. Psycho!., 35.
— (1963) Silence as communication. — Bull. Menninger Clinic, 27.
— (1964a) The function of intimacy and acting out in perversion. — In: Slo-venko R. (Ed) Sexual behavior and the law. Thomas, Spingfield, 111,
— (1964b) The role of infantile homosexuality and early object relations in female homosexuality. — In: Rosen J. (Ed) The pathology and treatment of sexual perversions. Oxford Univ. Press, London,
— (1964c) Ego deviation, cumulative trauma and the role of reconstruction in the analytic process. — Int. J. Psycho-Anal. 45.
— (1965) Foreskin fetishism and its relation to ego pathology in a male homosexual. — Int. J. Psycho-Anal. 46.
— (1966) Role of phobic and counter-phobic mechanism and separation anxiety in schizoid character formation. — Int. J. Psycho-Anal. 47.
— (1968) Reparation to the self as an idolized internal object.—Dyn. Psy-chiat. 1, 92—98.
— (1971) personl. Mittlg.
— (1972) Der Fetischismus als Negation des Selbst. — In: Pontalis J. B. (Ed) Objekte des Fetischismus. Suhrkamp, Frankfurt.
Kisker K- P. (1967) Forderungen der Sozialpsychiatrie. — Z. Psychother. med. Psychol. 17.
— (1972) Rezension: Die Entstehung der Schizophrenic. Bleuler M., Angst J.— Nervenarzt, 43, 165.
Klein M. (1932) Die Psychoanalyse des Kindes. — Wien.
— (1934) A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states.— In: M. Klein (1948).
— (1940) Mourning and its relation to manic-depressive states. — In: M. Klein (1948). '
— (1921—1945) Contributions to Psychoanalysis. — Hogarth Press, London, 1948.
— (1952) Developments in psychoanalysis. — Hogarth Press, London. Knight R. P. (1953) Management and psychotherapy of the borderline schizophrenic patient. — Bull. Menn. Clinic 17, 139—150.
— (1954) An evaluation of psychotherapeutic techniques. Psychoanalytic psychiatry and psychology. — Int. Univ. Press, NY.
v. Kries D. (1972) Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien.— Dyn. Psychiat. 5, 266—276.
Kringlen E. (1964) Schizophrenia in male monozygotic twins. — Oslo. Kutemeyer W. (1953) Korpergeschehen und Psychose. — Enke, Stuttgart. Kulenkampff C (1970) Die Versorgung des psychisch Kranken. — In: Lau-ter H., Meyer J.-E., Hrsg. Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Tagung der Ev. Akad. Loccum. Okt. 1970, Thieme, Stuttgart. Laing R. D. (1961) Self and others. — Tavistock, London.
— (1965)The divided self. — Pelican, London. hanger M. (1957) Zit. nach Grinberg L. et al. (1960).
— (1958) Die «Gestalt» einer Gruppe unfruchtbarer Frauen. — Z. Psychosom. Med. 5, H. 1. Lanze fur psychisch Kranke. — Selecta 24. 1972.
Lewin B. P. (1950) The psychoanalysis of elation. — Norton, NY.
Lewin K. (1947) Frontiers in group dynamics: concept, method and reality

in social science: social equilibria and social change. — Hum. Rel. 5.
— (1963) Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Ausgew. theoret, Schrif-ten. — Huber, Bern.
Lidz Th. et al. (1957) Marital schism and marital skew. — Am. J. Psychiat. 114, 241—248.
Lieberman M. A. et al. (1969) Problems and potential of psychoanalytic and group-dynamic theories for group psychotherapy. — Group psychother. 19, 131—141.
Loch W. (1966) Studien zur Dynamik, Genese und Therapie der friihen Objektbeziehungen. — Psyche, 20, H. 12.
Mahler M. S. (1969) On human symbiosis and the vicissitudes of inidividua-tion. — Hogarth Press, London.
Mendelson M. (1960) Psychoanalytic concepts of depression. — Thomas, Springfield, 111. Menninger K. (1942) Work as sublimation. — Bull. Menn. Clinic 6, 170—182.
— et al. (1962) A manual for psychiatric case study. — Bull. Menn. Clinic Monograph Series 8, Grune & Stratton, NY.
— (1963) Das Leben als Balance. — Piper, Munchen, 1969.
Menninger W. S. (1932) Therapeutic methods in a psychiatric hospital.— J. Am. med. Ass. 99, 538—542.
— (1936) Psychoanalytic principles applied to the treatment of hospitalized and mental patients. — Bull. Menn. Clinic 1, 35—45.
— (1948) Psychiatry in a troubled world. — MacMillan, NY.
Meyer A. (1895) A review of the signs of regeneration and of methods of registration. The collected papers of A. Meyer. — J. Hopkins Press Baltimore, 1951.
Mitscherlich A. (1954) Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung. — Psyche 7, H. 10.
— (1958) Agression und Anpassung, — Psyche, 11.
— (1966/67) Krankheit als Konflikt. — Studien zur psychosomatischen Me-dizin. — Suhrkamp, Frankfurt.
— (1969) Die Idee des Friedens und die menschliche Agressivitat.— Suhrkamp, Frankfurt.
Moldenhauer P. (1972) Beziehungen zwischen psychosomatischem Syndrom, Verhalten in der Gruppe und Selbst. Eine Fallstudie. — Dyn. Psychiat. 6, 33—56.
Moreno J. L. (1953) Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. — Thieme, Stuttgart, 1959.
Mailer H. W. (1967) Haufigkeii und Struktur der schizophrenen und manisch-depressiven Psychosen. — Zit. nach Huber G. (1972).
Nacht S. (1963) La valeur de la relation nonverbale dans le traitement psych-analytique. — Revue Francaise de Psychanalyse.
Pankow G. (1968) Gesprengte Fesseln der Psychose. — Reinhardt, Munchen.
Penfield W. S. (1966) Perception and the cortex. — In: Eccles C, Ed. Brain and conscious experience, Springer, Berlin.
Ploeger A. (1966) Das Psychodrama als Therapieform in der KHnik. — In: Preuss H. G., Hrsg. Analyt. Gruppenpsychother., Urban & Schwarzenberg, Munchen.
— et al. (1968) Die Anwendung der «Therapeutischen Gemeinschaft» bei kleinen Psychotherapiegruppen. Ber. 4. Int. Kongr. Psychother. Wien, Bd. 4. ■— Hrsg. (1972) Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Theorie und Praxis. — Thieme, Stuttgart.
Prinzhorn H. (1922) Bildnerei der Geisteskranken. — Springer. Berlin. Racker H. (1957) The meanings and uses of countertransference. — Psycho-anal. Quart. 26, 303—357.
Rado S. (1928) The problem of melancholia. — Int. J. Psychoanal. 9, 420—438. Ramzy I., Wallerstein R. S. (1958) Pain, fear and anxiety. — Psychoanal. Study Child 13, Int. Univ. Press, NY.
Rangell L. (1953) Psychiatric aspects of pain. — Psychosom. Med. 15. Rapaport D. (1950) On the psychoanalytic theory of thinking. — Gill. M. M. Ed. The Collected papers of David Rapaport, Basic Books, NY, 1967.
— (1951) Ed. Organization and pathology of thought. Columbia Press, NY.

— (1958) The theory of ego autonomy: a generalization. — Bull. Menn. Clia 22, 13.
Redl F. (1963) Psychoanalysis and Group Therapy: a developmental point of view.— Am. J. Orthopsychiat. 33, 135—147.
— (1971) Gruppenemotionen und Fuhrerschaft. — Erziehung schwieriger Kinder. Paper, Munchen.
Reich W. (1931) The characterological mastery of the Oedipus complex.— Int. J. Psychoanal. 12, 452—467.
— (1949) Character analysis, 3rd Ed. — Orgone Inst. Press, NY. Riesman D. (1958) Die einsame Masse. — Rowohlt, Hamburg. Rodrigm E. (1957) — Zit. nach Kemper W. (1973).
Rosen J. (1953) Direct analysis. — Grune & Stratton, NY.
Riimke H. C (1958) Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Shizophrenen. — Nervenarzt, 29, 49.
Sachs H. (1923) Zur Genese der Perversionen. — Int. Z. Psychoanal., 9,

172—182.
j
Schaeffer F. (1961) Pathologische Treue als pathogenetisches Prinzip bei schweren korperlichen Erkrankungen. — Nervenarzt, 32.
Scheidlinger S. (1960) Group process in group psychotherapy (I), Current trends in the integrations of individual and group psychology (II). — Am. J. Psychother. 14, 104—120, 346—363.
— (1966) Group psychotherapy In the sixties.— Am. J. Psychother., 22, 69—88.
Schitder P. (1920) Ober Gedankenentwicklung. — Z. Neurol. Psychiat., 59, 250—263.
— (1923) The image and appearance of the human body. — Int. Univ. Press, NY, 1972. /
— (1930) Studien zur Psychologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse. — Karger, Berlin.
— (1931) Notes on the psychopathology of pain in neuroses and psychoses.— Psychoanal. Rev. 18, 1—22.
— (1953) Medical psychology. — Int. Univ. Press, NY.
Schindler R. (1968a) Dynamische Prozesse in der Gruppenpsychotherapie. — Gruppenpsychother. Gruppendynamik, 2.
— (1968b) Was lehrt uns die Gruppenerfahrung fur das Verstandnis der Psy-chodynamik bei schizophrenen Psychosen. — Gruppenpsychother. Gruppendynamik, 1, 41—50.
— (1968c) Das Verhaltnis von Soziometrie und Rangordnungsdynamik.— Gruppenpsychother. Gruppendynamik. 3,
— (1971) Das Suizidthema in der analytischen Gruppe. — Dyn. Psychiat. 4, 333—339.
Schindler W. (1951) Family pattern in group formation and therapy. — Int. J. Group Psychother. 1, 100—105.
■— (1955) Ubertragung und Gegenubertragung in der «Familien»-Gruppenthe-rapie. — Prax. Kinderpsychol. u. Kinderpsychiat. 4, 101—105.
■— (1966) The role of the mother in group psychotherapy. — Int. J. Group Psychother. 16, 198—202.
— (1972) Das Selbst und die Gruppenanalyse. — Dyn. Psychiat. 6. Schmidbauer W. (19771a) Seele als Patient. — Piper, Munchen.
—■ (1971b) Psychotherapie. — Nymphenburger, Munchen.
— (1972) Die sogenannte Aggression. — Hoffmann & Campe, Hamburg. Schmideberg M. (1956) Delinquent acts as perversions and fetishes. — Int. J. Psychoanal. 37, 422—424.
Schneider K. (1962) Klinische Psychopathologie. — Thieme, Stuttgart. Schulte W. (1970) Verbesserung der Hilfe fur psychisch Kranke. — Dt. Arz-;tebl. 30.
Schultz-Hencke H. (1951) Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. — Thieme, Stuttgart.
Schwing G. (1940) Ein Weg zur Seele des Geisteskranken. — Rascher, Zurich.
164
Searles H. F. (1958) Positive Feelings in the relationships between the schizophrenic and his mother. — Int. J. Psychoanal. 39, 569—586.
— (1963) Transference Psychosis in the psychotherapy of chronic schizophrenia.— Int. J. Psychoanal. 44, 249—291.
— (1965) Collected papers on schizophrenia and related subjects.— Hogarth Press, London.
— (1969) Zit. nach Bateson G. et al. (1969).
Shaskan D. A. (1956) Treatment of a borderline case with group analytically oriented psychotherapy.—J. Forensic Sciences 2, No 2.
— (1971) Management and group psychotherapy of borderline patients.— V World Congress Psychiat. Mexico.
Simmel E. (1929) Psychoanalytic treatment in a sanatorium. — Int. J. Psychoanal. 10, 70—89.
— (1936) The psychoanalytic sanatorium and the psychoanalytic movement.-— Bull. Menn. Clinic 1, 133—134.
Singer M., Wynne L. C. (1955) Thought disorders and family relations of schizophrenics. IV. Results and implications. — Arch. Gen. Psychiat. 12, 201—212.
Slater Ph. E. (1970) Mikrokosmos: eine Studie uber Gruppendynamik. — Fischer, Frankfurt/M.
Slavson S. R. (I960) Analytic group psychotherapy. — Columbia Univ. Press, NY.
— (1966) Die historische Entwicklung der analytischen Gruppenpsychothera-pie. — In: Preuss H. G. Hrsg. Analyt. Gruppenpsychother., Urban & Schwar-zenberg, Munchen.
Socarides Ch. W. (1968) The overt homosexual. — Grune & Stratton, NY. Spitz R. A. (1946) Anaclitic depression. — Psychoanal. Study Child 2, Int. Univ. Press, NY.
— (1953) Aggression: its role in the establishment of object relations. — In: Loewenstein R. M. Ed. Drives, affects, behavior. Int. Univ. Press, NY.
— (1955) Die Urhohle: zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Theorie. — Psyche 9, 641—667.

— (1956) Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. — Klett, Stuttg. 2. Aufl. 1960.
— (1959) Nein und Ja; die Ursprunge der menschlichen Kommunikation.— Klett, Stuttgart.
— (1965) The first year of life — normal and deviant object relations. — Int. Univ. Press, NY.
— (1967) Vom Saugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr.— Klett, Stuttgart.
Stole K. et al. (1962) Mental health in the metropolis. The midtown Manhattan study. — McGraw Hill, NY.
Stanton A. H., Schwartz M. S. (1954) The mental hospital. — Basic Books, NY.
Sullivan H. S. (1953) The interpersonal theory of psychiatry. — W. W. Norton, NY.
— (1962) Schizophrenia as a human process. — W. W. Norton, NY. Szasz Th. S. (1961) The myth of mental illness. — Hoeber, NY.
Tredgold R. F. (1941) Depressive states in the soldier. — Brit. Med. J. 2, 109 112.
Tuovinen M. (1970) Crime as an attempt to save one's integrity. -»Dyn. Psychiat. 3, 99—105.
— (1971) Sohnesmord. — Dyn. Psychiat. 4, 29—35.
— (1972) On real incest. — Dyn. Psychiat. 5, 170—175.
Vogel E. F., Bell N. W. (i960) Modern introduction to the family. The emotionally disturbed child as the family scapegoat. — The Free Press, NY. Weakland J. W. (1956) «Double-Bind» Hypothese und Dreier-Beziehung.— Zit. nach. Bateson G. et al. (1969).
Weiss E. (1965) Paul Federn, the iheory of the psychosis. — In: Alexander F. et al. Eds. Psychoanalytic theory. Basic Books, NY,
165
v. Weizsacker V. (1932) Psychosomatische Medizin, — Psyche 3, 331—341. Whitaker L. (1970) Einleitung zum Schizophrenie-Denk-Index (WSDI). — Dyn. Psychiat. 3, 86—98.
Will O. (1970) Psychotherapy, schizophrenia and the identity of the therapist. — Bull. Menn. Clin. 34, 387—392.
W inkier W. Th. (1967) Zit. nach. Schmidbauer W. (1917a).
— (1969a) Das moderne psychiatrische Krankenhaus. — Hippokrates, Stuttgart.
— (1969b) Sozialpsychiatrische Aspekte der Schizophrenic und sozialpsychia-trische Aufgaben der psychiatrischen Landeskrankenhauser.— Therapiewoche 19, 2201—2204.
— (1971) Ubertragung und Psychose. ■—Huber, Bern.
Winnicott D. W. (!935) The manic defense. — In; Collected papers. Tavistock, London, 1958.
— (1948) Reparation in respect of mothers organized defense against depression.— In: Collected papers. Tavistock, London, 1958.
— (1953) Transitional objects and transitional phenomena. — Int. J. Psycho-anal. ,34, 89—97.
— (1954) The depressive position in normal emotional development. — In: Collected papers. Tavistock, London, 1958.
■— (1956) The antisocial tendency. — In: Collected papers. Tavistock, London. 1958. i
— (1960) The theory of parent-infant relationship. Int. J. Psychoanal. 41, 585—595.
— (1963) The development of the capacity for concern. — In: The matura-tional processes and the facilitating environment. Hogarth Press, London.
— (1969) Kind, Familie und Umwelt. — E. Reinhardt, Munchen.
— (1972) The maturational process and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development. Hogarth Press, London.
Wisdom J. O. (1961/62) Ein methodologischer Versuch zum Hysterie-Prob-lem. — Psyche 15, H. 10.
Wotberg A. R. (1973) The borderline patient. — Int. Medical Book Corp., NY.
Wolf A., Schwartz E. K. (1962) Psychoanalysis in groups. —Grune & Strat-ton.'NY.
Wynne L. C etal. (1958) Zit. nach Bateson G. et al. (1969).
Wynne L. C. etal. (1959) Maintenance of stereotype roles in the families of schizophrenics. — Arch. Gen. Psychiat. 1, 109—114.
Wyss R (1972) Diskussionsbeitrag, — Stuttgarter Zeitung 24.1.1972.
Zepf S. (1973) Zur Theorie der psychosomatischen Erkrankung. — Fischer, Frankfurt/M.
Zilboorg G. (1931) The deeper layers of schizophrenic psychosis. — Am. J. Psychiat. 88, 493—511.

ПРИЛОЖЕНИЕ

1 глава. Динамическая психиатрия

Динамическая психиатрия, в отличие от таковой, преподаваемой в мединститутах, исходит из того, что при диагностике болезненного процесса основа психодинамики больного дает ядро понимания психических заболеваний пациента и соответствующих возможностей терапии в: а) семейной группе, б) актуальной жизненной ситуации, в) ситуации диагностического обследования.

Для сохранения общего взаимопонимания с врачами указываются дополнительно старые диагнозы, которые, однако, представляются исследователю и бригаде динамико-психиатрмческой клиники

лишенными своих харизматических одежд. От врача требуется также, чтобы он не только ставил диагноз, но и подробно обосновывал его.

Далее опытом динамической психиатрии (в противоположность статической психиатрии) является то, что диагноз в начале лечения входит к процесс и меняется параллельно терапевтическому процессу.

Особые заслуги в просвещении широкой общественности принадлежат W. Schmidbauer (1971a) неутомимому пионеру борьбы за психиатрическую реформу. Его книга, несмотря на неудачное название, как и прежде представляет собой лучшее отображение истории и программы динамической психиатрии в специальной немецкоязычной литературе.

3 глава. Шизофрения

Иногда психиатры, не привыкшие к психотерапевтическому взаимодействию со своими больными, заявляют мне, что шизофрению следует диагностировать по признакам Блейлера, что она недоступна какому-либо влиянию, протекая в форме шубы в направлении дефектных состояний, и что шизофрения в особенности отличается чуждостью симптоматики, в которую невозможно вчувствоваться.

Часто при этом добавляют, что помнят еще о старых временах, когда шизофренно психотические пациенты хаотически вели себя в больницах, излагали словесный “салат” вместо разумной речи, и лишь “благословенное” введение психофармакотерапии принесло порядок в больницы. На это мы можем возразить, что эти картины представляли как раз следствие пребывания в психиатрических больницах, эффект госпитализма.

Читатель должен учитывать, что если он сам, или его друзья будут находиться в одном из таких учреждений, которые можно найти им сейчас, со всеми аспектами деперсонификации и отнятия идентичности, то они также попадут в такое же прискорбное психическое состояние.

Подозрение, что психиатрические клиники заполнены отчасти пациентами, для которых стационарное лечение, собственно, не показано, подтверждает серия экспериментов D. L. Rosenhan, профессора психологии Стэнфордского университета в Калифорнии, результаты которых, вызывающие интерес, недавно опубликованы (Die Zeit, 6, 2.2.1973).

Исследователь и 7 других лиц обратились под вымышленными именами в 12 разных психиатрических клиник, предъявляя жалобу на наличие придуманного (общего для всех) симптома. В последовавшем анамнестическом исследовании они сообщали истинные сведения из своей жизни, которые интерпретировались врачами сейчас же в рамках диагноза “шизофрения”, после чего “больной” поступал на стационарное лечение. Хотя окружающим больным они казались симулянтами, врачи и персонал видели в них тяжелых больных, которые содержались в клинике в среднем 3 недели. Эти эксперименты подтверждают среди прочего мой тезис о том, что в морбогенной среде психиатрических клиник здоровое больше не может отличаться от больного, и что психически здоровый человек, добровольно или принудительно находившийся в больнице длительное время, должен безусловно заболеть и может демонстрировать тяжелые симптомы, так же, как и в экспериментах по длительной изоляции или депривации. Наиболее экстремальным образом воспринималось пациентами полное обезличивание, при котором больные и все проявления их жизни рассматривались лишь с точки зрения патологии и собираемого клинического материала.

При постановке диагноза “шизофренная реакция”, который означает, что речь идет не о необратимом процессе, учитываем мы также и признаки Блейлера, при этом на первом месте стоят нарушения мышления.

При интенсивном психодинамическом исследовании подобные признаки шизофренной реакции, касающиеся как функциональных, так и интегративных аспектов Я, выводимые из анамнеза, могут быть установлены довольно рано; больные тем самым могут получить рациональное лечение уже в препсихотической стадии.

4 глава. Депрессия

Эта глава основана на материале лекций в Берлинском психоаналитическом институте Немецкого психоаналитического общества в 1965—1970 гг.

Под депрессией я понимаю то, что преподаваемая в мединститутах психиатрия суммирует в понятиях эндогенной депрессии и маниакально-депрессивного помешательства, или то, что S. Freud и K. Abraham обозначали как меланхолию, а R. Spitz (1946, 1965)—как аналитическую депрессию. В динамической психиатрии часто говорят также о нарциссгической депрессии. Я хотел бы добавить сюда кроме этого переходные формы пограничной депрессии, продемонстрированной недавно Wolberg (1973) на Wolsmann. классическом больном S. Freud.

Мой давний сотрудник N.-J. Hameister (1972) недавно указал на то. что Freud уже в ранних работах (1985c) развивал мысли о психодинамике депрессии, удивительно сходные с моей концепцией.

5 глава. Сексуальные перверсии

При этом приговоре в особенности примечательно, что амбулаторная психотерапия стала основой оправдания. Обвиняемый в двух случаях нарушения общественного спокойствия был оправдан.

Обвиняемый вырос вместе со старшим братом, умершим в 1948 г., в родительской семье в Берлине. Воспитанием занималась преимущественно его мать. Она придавала большое значение соблюдению

определенных религиозных норм. Собственно уход за ребенком поручался прислуге. В 1952 г. мать обвиняемого умерла. Обвиняемый посещал среднюю школу и техникум. В 1952 году он начал обучение в сфере торговли, которое успешно закончил. Затем он оставался еще 2 года служащим в той же фирме, и до 1959 г. работал продавцом автомобилей в Берлине. В октябре 1959 г. он покинул Берлин и работал продавцом автомобилей в Саарбрюккене до 1964 г. В этот период он начал заговаривать со школьницами в возрасте 6—11 лет и показывать им свой эрегированный член. В 1962 г. он был наказан впервые, в 1964 г. он был приговорен к 15 месяцам тюрьмы.

До исполнения приговора ему удалось бежать, он направился сначала во Францию, затем скрывался у своего отца в Берлине. Он отбывал наказание в берлинской тюрьме Тегель. К этому времени он не получал ни медицинское, ни психотерапевтическое лечение. Во время заключения он женился, в этом браке у него родился сын.

Осенью 1967 г. обвиняемый вновь был приговорен к 2 годам и 2 месяцам лишения свободы. Часть этого наказания он отбыл до 23.4.1969. И в этот раз обвиняемому не была предоставлена медицинская помощь для преодоления своего преступного инстинкта. Он был отпущен на поруки до 23.4.1974 и работал водителем, не сумев устроиться продавцом автомобилей.

После тщательной экспертизы др. Аммон установил, что обвиняемый страдает тяжелой душевной болезнью. У него имеются сильные инфантильные нарциссистические и сексуальные стремления, которые он самостоятельно не в состоянии контролировать, и которые постоянно, в особенности после значительной психической нагрузки, вызывают инфантильные сексуальные и агрессивные проявления. При этом возникает особое психозоподобное состояние, в котором он совершает навязчивые эксгибиционистские действия.

К аналогичному выводу приходит также другой медэксперт Dr. Niedenthal в своей также тщательной экспертизе.

В конце января 1971 г. обвиняемый поставил на стоянку в Берлине свой грузовик с прицепом. Когда свидетельница проходила мимо грузовика по пути на работу, она заметила рядом на тротуаре обвиняемого в синем комбинезоне, игравшим со своим высунутым из штанов членом. Он обратился к свидетельнице словами “Попробуем?”.

Инцидент повторился 22 февраля 1971 г. Обвиняемый вновь играл половым членом у входа в заброшенный земельный участок, когда свидетельница проходила мимо него. На этот раз он не заговорил со свидетельницей, которая записала номер его грузовика.

В обоих случаях обвиняемый нарушил УК. В отличие от Dr. Niedenthal, Dr. Ammon полагает, что обвиняемый был не в состоянии контролировать свое поведение. На этом основании он был оправдан за недостаточностью вины. Принудительное стационирование было признано нецелесообразным, поскольку представлялось невероятным, чтобы обвиняемый совершил в дальнейшем серьезные правонарушения. Нельзя, разумеется исключить, что он однажды может вновь эксгибиционировать. Обвиняемый уже полгода находится на лечении у Dr. Ammon. Для обеспечения и поддержки психотерапии желательно проведение лекарственного лечения. Учитывая, что обвиняемый в остальном вполне социально сохранный, можно ожидать, что он в будущем будет излечен от своей болезни и тем самым возможность новых правонарушений будет исключена.

9 глава. Психоаналитическая групповая терапия

Я хотел бы указать на то, что во время терапевтического процесса с пациентом, у которого больное Я, разрывается симбиотический комплекс и лишь потом становится возможным разрешение сексуальных комплексов (ср. случай с Кэти в главе о пограничных состояниях).

11 глава. Предложение реформ

Лежащие в основе этой главы статистические данные получены в исследовании, которые я провел в 1972 г. по поручению врачебной палаты Берлина.

Egon Fabian

GLOSSAR DER GRUNDBEGRIFFE DER DUNAMISCHEN PSYCHIATRIE
GLOSSARY OF BASIC TERMS OF DUNAMIC PSYCHIATRY

ГЛОССАРИЙ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ

ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

1994

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящий глоссарий я составил по поводу 10-го мирового конгресса Динамической психиатрии в Санкт-Петербурге в октябре 1994 г., являющегося первым таким конгрессом, состоявшимся в России. Цель глоссария познакомить широкий круг русско- и англоязычных читателей и заинтересованных лиц с основным словарем Динамической психиатрии.

С первого дня прикосновения к учению Гюнтера Аммона я всегда заново обнаруживал, что — не в последнюю очередь благодаря ясной и простой речи, которой он пользуется,— его мысли доступны. Понятность его речи также отражает его глубокую научную ценность. Он презирает интелектуализирующую смутность в стиле, порождающую ненужную дистанцию и тем самым служащую духовным “белым халатом”. Он понимает функцию терапевта как первого слуги больного.

Концепция Берлинской школы Динамической психиатрии во всех своих высказываниях по поводу здоровья и болезни основывается на эксплицитном образе человека как внутренне свободного, способного к контакту и развитию, живущего в группах и носящего в этическом и политическом отношении ответственность существа. Интегрированная психодинамическая и терапевтическая концепция Аммона по отношению к психическому заболеванию является результатом десятилетнего терапевтического контакта с больными людьми и не представляет собой плод теоретизирующей спекуляции из-за письменного стола.

Динамическая психиатрия не ориентирована исключительно на Европу, ибо ее взгляд направлен прежде всего на внутреннее ядро человека, на групповую динамику и на имеющуюся в каждой группе социальную энергию, т. е. элементы, которые, несмотря на все транскультурные различия, являются общим достоинством. Учение Динамической психиатрии универсально в смысле романтической и гуманистической традиции культуры и науки, сторонником которой признает себя Аммон.

Поэтому этот глоссарий является скорее не собранием объяснений понятий, а приглашением ознакомиться с учением Динамической психиатрии и путеводителем. Отдельные объяснения основаны на концепции самого Аммона в глоссариях его книг “Psychoanalyse und Psychosomatik” (Piper, 1974), “Der mehrdimensionale Mensch (Pinel, 1986) и “Vortrage 1969—1988” (Pinel, 1988), которые были расширены и подняты на новейший уровень концептуального развития. Данные объяснения понятий, конечно, не исчерпывающие. Для углубленного понимания понятий в общем контексте Динамической психиатрии я предлагаю просмотреть перечень литературы в конце глоссария.

Мое желание — внести свой вклад в распространение мыслей в согласии с идеями Динамической психиатрии. Составление глоссария также связано с надеждой, что он послужит катализатором для дальнейших переводов трудов Аммона на другие языки.

Эгон Фабиан

ГЛОССАРИИ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ[*]

Д-р мед. (университет Тель-Авив, Израиль)
Эгон Фабиан

[*] Перевод с немецкого Гертруд Виттвер.

Агрессия

В отличие от Фрейда, который понимает агрессию (*а.*) как разрушительную силу в смысле стремления к смерти, Аммон воспринимает агрессию как центральную гуманную функцию, расположенную в несознательном ядре личности: изначальная конструктивная агрессия в смысле первоначальной открытости ребенка к окружающей среде и в смысле обнаруживающего контакта и любопытства (ad gredi — подходить к чему-нибудь) под влиянием деструктивной динамики первичной группы (семьи) превращается в деструктивную агрессию. Она играет важную роль при всех архаичных болезнях личности. Деструктивная агрессия может быть направлена наружу (деструктивное отреагирование, деструктивная сексуальность, преступность, а также разрушительные фантазии, чувства местицинизма и т.д.) или внутрь (психосоматика, депрессия, мания, суицидальность или отреагирование несчастными случаями, самоповреждениями или запущенностью). Терапевтическая обработка деструктивной а. представляет собой основное звено динамико-психиатрическои терапии идентичности. Деструктивная а. выражается в разрыве контактов и отношений, цели и задачи всегда заново ставятся или разрушаются. Дефицитная а обозначает отсутствие потребностей, интересов и задач, а также пассивное уединение от людей и вещей. Она проявляется часто в чувстве внутренней пустоты и скуки, в чувствах вины и склонности к быстрым уступкам в конкурентных и конфликтных ситуациях, в общем, в неспособности к установлению контактов. Конструктивная а. означает установление контактов, выражение точки зрения, способность к отношениям, она позволяет конструктивное столкновение с лицами и группами. “Человеческие отношения требуют агрессивного столкновения ..., чтобы они были плодотворными. Конструктивно-агрессивный подход к человеку представляет собой настоящее установление контакта, которое может привести к развитию отношений и дружбы. Конструктивная, плодотворная а. всегда обозначает также выражение точки зрения и идентичности и включает в себя социально-энергетическое столкновение”. Три разных аспекта а. (конструктивный, деструктивный, дефицитный) можно установить с помощью шкалы ИСТА.

Андрогинность

“Человек рассчитан андрогинно, т. е. в виде двух полов, как в телесном, так и в психическом отношении. У него возможность чувствовать и вести себя или по-мужски или по-женски”. Андрогинность (а.) относится к человеку в целом и “касается всех сфер идентичности не только сексуальной структуры, а также структуры образа жизни, телесности, эмоциональности, сферы профессии и работы, выбора партнера и т. п.”. Любая абсолютная зафиксированность на роли полов является патологией. Человек может проявлять разные мужские и женские стороны в области профессии, сексуальности, интересов, переживаний, чувств и мышления. С помощью диагностического теста АДА (размер андрогинности по Аммону) эти аспекты можно установить в самооценке и в оценке других и сравнивать друг с другом.

Архаичные болезни Я

Архаичные болезни Я (а.) —психические или физические (психосоматические) заболевания, генезис которых связан с нарушенным симбиозом в раннем детстве (комплекс симбиоза) в рамках патологической первичной группы, в частности в смысле патологического симбиоза между матерью и ребенком. В особенно тяжелых случаях не достигается симбиотической фазы. Первичная группа не может содействовать в соответствующей мере развитию функций Я ребенка и отмеживанию его идентичности. А. представляет собой болезни идентичности, к которым на скользящем спектре относятся психозы, заболевание, бордерлайн, деструктивная сексуальность (так называемое половое извращение), заболевания навязчивостями и манией и психосоматика. “Симптом а. в важных областях испытания заменяет коммуникацию все неудающейся саморазорительной попыткой, “чувствовать самого себя” в смысле восприятия собственного существования”. Лечение а. должно сосредотачиваться в первую очередь не на симптомах, а, в рамках навертывающего развития Я, на постройке и интеграции расщепленной и обладающей проблемами личности (дыра в Я).

Болезнь

Болезнь (б.) обозначает не только лишение здоровья, а также временную потерю равновесия или дезинтеграцию разных функций личности (гуманные функции) и, тем самым, аррегирование в развитии. Б.— это отчужденность “в контакте человека с самим собой, с собственным несознательным, со своими потребностями в идентичности, отчужденность в его контакте с другими людьми, с окружающей средой, с собственной историей, культурой и с природой. Так что б. представляет собой не данное от природы роковое явление, а начатое в раннем детстве ущемление ребенка в его потребности в признании как индивидуального человека. Психически больные лица в раннем детстве главным образом испытывали деструктивный, ограниченный отдельными аспектами их личности контакт, или равнодушие. Связанные с этим деструктивные и дефицитные процессы обмена социальной энергией создают гуманную структуру, которая, главным образом деструктивно-дефицитная, что обозначает, между прочим, “блокирование” нужных для развития человека процессов дифференцирования и интеграции несознательной центральной структуры личности. Болеть с этой точки зрения обозначает иметь повреждения в регуляции создающих структуру и приводящих к перемене процессов обмена социальной энергией между отдельным человеком и группой. Симптомы болезни ввиду этого надо понимать как компенсацию структурального дефицита в центральном ядре личности (дыра в Я) и как замену регуляции и интеграции”.

Болезни Я (см. архаичные болезни Я)
Вспомогательные функции Я

"Временное принятие на себя не развитых или еще неразвитых или поврежденных гуманных функций (например, страх, агрессия, Я-отмежевание) одного человека другими лицами, например, членами группы, терапевтом или во время симбиоза в раннем детстве первичными контактными лицами. Путем предоставления здоровых гуманных функций можно стабилизировать личность людей с дефицитной гуманной структурой, так чтобы они могли бы лучше справляться с реальностями и с коммуникацией в группах. Этим принятием на себя вспомогательных функций Я (в.) другими пациентами, например, в группе, работающей в среде в динамично-психиатрической клиники, играет важную роль в лечении, например, психотических пациентов. Такие пациенты часто приходят на лечение только тогда, когда отпадает их в., например, вследствие разлуки с партнером или его болезни.

Время

Понятие время (в.) в концепции гуманной структурологии относится к отдельному человеку и индивидуально, в зависимости от группы. В. может обозначать депрессивное, бесконечное, пустое, отчужденное, мертвое в., а также настоящее живое, интенсивное заполненное в "человеческой встрече и деятельности".

Время жизни — это время, которое зависит от группы, время, заполненное социальной энергией и основанное на собственной идентичности в., достижение чего должно являться более глубокой целью любой терапии.

Группа

Сеть межчеловеческих отношений, матрица (Фоукс), в которой имеет место жизнь и развитие индивида. Каждый человек состоит в различных группах (группа семьи, коллег по работе, политические группы, группы, преследующие совместные интересы), по воздействию которых он меняется, и которые он сам меняет. "Human beings are group beings. The group, its dynamics, its atmosphere, its social energy as well as its social dynamics and cultural dependence on larger social groups, determine man's life and identity."

В соответствии с пониманием Динамической психиатрии, группа и, прежде всего, первичная группа семьи, это то место, где образуется на основе группово-динамических и социально-энергетических процессов идентичность и, тем самым, болезнь или здоровье. Для терапии лиц с архаичной болезнью Я (архаичные болезни Я) группа представляет средство, которым он отреагирует на деструктивную динамику своей болезни так, что она выявляется. Несознательно он переносит всю семью и отдельных ее членов в группу, которая, в свою очередь, комплексным образом — отображением и обратным переносом — представляет аспекты его семьи. В терапевтической группе, например, в группе по терапии в среде в динамично-психиатрической клинике (см. групповая динамика, см. психосоматика, см. терапия в среде) собственная динамика становится явной и может изменяться под руководством терапевтов со специальной подготовкой по групповой динамике. Таким образом, пациент испытывает эмоциональное исправление (Ф. Александр) или повторение и навертывание, которые позволяют ему постоянно выйти из принуждения повторения болезни в пользу развития идентичности в смысле наверстывающего развития.

Групповая динамика

"Динамика, т. е. сплетение отношений в виде процесса, которая спонтанно образуется во всех человеческих группах. Первым обнаружил и описал этот феномен социолог Курт Левин. С. Х. Фоукс ввел его в аналитическую групповую терапию. В Динамической психиатрии групповую динамику понимают не как пересекающиеся интеракции, а как группово-динамическое поле. "Познания" групповой динамики (г.) нужны не только для психотерапии, но также для политических групп учреждений, партий, совместно проживающих групп, университетов, научно-исследовательских групп, судебных заседаний и для педагогики". Болезнь в смысле Динамической психиатрии понимается как освоенные деструктивно-дефицитные г. и социальная энергия первичной группы. В условиях патологического принуждения повторения в жизненных и терапевтических группах больного она возобновляется или агируется. Поэтому имеет огромное терапевтическое значение и представляет собой один из китов гуманструктурального лечения.

Гуманные функции (функции Я)

Расположенные в сознательной или несознательной области личности функции, находящиеся во взаимосвязи между собой. Они могут быть либо конструктивными, либо деструктивными, либо дефицитными. К центральным (несознательным) гуманным функциям (г.) относятся агрессия, страх, нарциссизм, Я-отмежевание, интеграция Я, творческая сила, телесное Я, сексуальность, способность к группам, регуляция фрустрации как и идентичность как вышепоставленная и придающая динамику г. К

вторичным г. (или г. поведения) относятся: мышление, память, интеллект, аффекты, язык, моторика, способность к сновидениям, вытеснение и другие оборонительные функции Я. Концептуализация г. представляет собой главный элемент концепции гуманных структур Динамической психиатрии (гуманструктурология).

Депрессия

Как в случае шизофрении (шизофреническая реакция) и психосоматики Динамическая психиатрия различает депрессию как симптом и депрессивную структуру. Депрессия как симптом неспецифически является частью любой архаической болезни. Депрессия как структура см. нарциссстическая депрессия.

Диагностический процесс

Для индивидуально рассчитанной терапии надо сначала поставить индивидуальный диагноз, охватывающий как больные (деструктивные и дефицитные), так и здоровые (конструктивные) аспекты личности в смысле “профиля гуманной структуры” (концепция гуманной структуры). Динамическая психиатрия исходит из принципиальной изменяемости психической структуры человека. При этом поставленный в один момент диагноз или диагностическое описание человека не имеет статистический характер, а понимается процессуально в согласии с терапевтическим процессом развития, т. е. диагноз изменяется входе терапевтического процесса в смысле “diagnostic process”. “The patient's paradigms represent his repetition-compulsion and his ego autonomy status. The understanding of the patient's paradigms begins at the time the patient enters the hospital and discontinues when the patient is discharged... Developing parallel to the diagnosing process, which understands the patient's intra-psychic process and describes it, is the treatment programm process. The treatment programm corresponds to the diagnosis”.

Динамическая психиатрия

“Первоначально разработанная в США психиатрическая концепция эклектического характера, пытающаяся привлечь понятия психоанализа к применению психиатрии. Главные представители: Карл Меннингер, Франц Александер, Херр Стэк Салливэн, Фрида Фромм-Рейхманн, Бруно Беттельхейм, Мартин Гротян. Здесь понятие используется, исходя из определений Аммона (Динамическая психиатрия Берлинской школы, гуманструктурология) и обозначает интеграцию психиатрии психоанализа, групповой динамики и психосоматики в рамках творческой терапевтической концепции, которую можно рассматривать как смену парадигм, как “смену в подходе к науке, к человеку, смену в подходе к тому, что раньше обозначалось болезнью и ее категориями, смену в подходе к самому себе вплоть до нового восприятия организационных форм общества”. Поэтому при смене парадигм в психиатрии речь идет об изменении подхода к человеку как таковому. “Динамическая психиатрия противопоставляет догме непонятности терапевтического пессимизма по отношению к психическим болезням парадигму понятности и терапевтического оптимизма... Дискуссия о наследственности конституциональности и уязвимости для нашей концепции и наших представлений психотерапии не имеют значения. Лечить может только тот, кто верит в возможность вылечивания, также если понятие о том, как можно лечить, в ходе процесса развития науки все меняется”. (Это касается, конечно, не только понятия и терапии психозов, а также остальных архаичных болезней Я (см. также Этика).

Дыра в Я

Впервые описанный Аммоном в 1971 г. структурально-нарцисстический дефицит архаично больного человека. Дыра возникает в смысле дефекта границы Я на основе отклоняющейся, не отвечающей на потребности ребенка первичной группы, что приводит к отщеплению целых областей переживания в развитии ребенка. Эта структуральная дыра в зависимости от груп-пово-динамической констелляции поврежденной преэдиповской группы, так сказать, “восполняется” специфической симптоматикой: психосоматическим заболеванием психотической (шизофренической или маническидепрессивной) симптоматикой, симптоматикой бордерлайн, манией или деструктивной сексуальностью.

Здоровье

Здоровье (з.) в понятии Динамической психиатрии надо понимать не как статическое хорошее самочувствие, а как “динамически и в виде процесса развивающееся событие”. Быть здоровым обозначает быть способным к развитию. Здоровье обозначает целостный процесс гомеостаза в смысле текущего равновесия тела, духа, души и окружающей среды. С точки зрения гуманной структуры (концепция гуманной структуры) это обозначает постоянный процесс интеграции первичных, центральных и вторичных структурных долей (гуманная функция) со способностью принимать и отдавать (социальную энергию) в группах, в которых живет человек, и которые он так же формирует. 3. обозначает многомерность и идентичность, направленные на личные вышепоставленные цели жизни. Переходы между здоровыми и больными долями Я, между з. и болезнью, надо понимать в смысле скользящего спектра (архаичные болезни Я, спектральная теория).

Идентичность

В центре понимания человека в смысле гуманной структурологии и вытекаемой из нее науки, практики лечения и профилактики стоит концепция идентичности (и.). “И. представляет собой процесс, постоянный

поиск, постоянное развитие". Группово-динамический момент и. можно понять как "сумму накопленного в ходе жизни опыта и идентификации". Она является суммой освоенных групповых отношений с рождения до смерти и находится в постоянном динамическом движении. И. и группа обозначают "...принципы человеческой жизни как таковые". С энергетической точки зрения и. можно понять как манифестировавшуюся социальную энергию, если эта энергия в процессе обмена между отдельными лицами и лицами и группой создает структуру. Архаичные болезни Я всегда представляют собой болезни идентичности и их терапия должна, в целях изменения структуры, представлять собой терапию идентичности.

ИСТА (см. текст структуры Я по Аммону).

Концепция гуманной структуры (гуманструктурология)

Разработанная Гюнтером Аммоном "концепция личности со своими биологическими (в частности нейрофизиологическими) сознательными и несознательными структурами, со своими важными для человека гуманными функциями". Разработанный Аммоном и его сотрудниками тест структуры Я (ИСТА) позволяет создать тест-психологическую картину "индивидуального профиля с соответствующими конструктивными, деструктивными и дефицитными гуманными функциями".

Многомерность

Концепция многомерности (м.) человека отменяет дуалистическое мышление в пользу парадигматически нового холистского понимания. Человека воспринимают как одно целое со своими синергическими сферами тела, духа и души. Полярные категории больной—здоровый, сома—психика, друг—враг — узкие и поощряют одномерное каузальное мышление. Болезнь, вместо этого, надо понимать как стеснение первоначальной м. человека, его развития и способностей, его творчества и целей, его духовных способностей и социальных контактов и его переживания времени. Признание включенных в человека многомерных возможностей и потребностей имеет лечебное воздействие и, наряду с принципами андрогинности, первично конструктивной агрессии социальной энергии, образует основу принципиального терапевтического оптимизма Динамической психиатрии.

Нарциссизм

В отличие от Фрейда, который понимает нарциссизм (я.) а смысле либидонозного добавления к эгоизму инстинкта самосохранения, и от Когута, который имеет инстинкт инстинктпси-хологическую концепцию н,, применяя ее к биологической конституции человека, Аммон считает н, одной из центральных гуманных функций в "смысле исходного потенциала развития ребенка", патологические формы которого образуются на основе несознательного отвержения ребенка и недостаточной нарцисстической поддержке со стороны первичной группы во время симбиотической фазы развития ребенка. Н. можно понимать как регулятор остальных гуманных функций. Конструктивный н. — это "неприватистская форма любви самого себя", включающая в себе автономию Я и чувство собственного достоинства, одобрение как собственного тела и эротики, так и собственной духовности. Н. "может образоваться только в живой группе необладающей гибкими границами" и "невозможен без отношения к группе". Дефицитный и деструктивный н. как патологическое искажение н. образуются в первичных группах, которые неспособны к новым восприятиям, неспособны предоставить младенцу или маленькому ребенку адекватную защиту и теплоту и заимствовать за него границы Я. Такая группа предоставляет ребенку искаженное или противоречивое восприятие реальности (как, например, в виде так называемой коммуникации "давль байнд"). Деструктивный н. наружу проявляется аутистическими формами приватизма, изолированностью, неспособность к контакту и к отношениям, вовнутрь — бредовыми идеями, галлюцинациями или психосоматическими реакциями. Дефицитный н. представляет собой часть дефицитной личности со скромной самооценкой, самоотвержением и внутренней чистотой. Обе патологические формы н. обусловливают постоянную зависимость человека от нарцисстической поддержки извне и препятствуют на основе контактных повреждений и аутизма получению социальной энергии.

Нарцисстическая депрессия

Психотическое заболевание, феноменологически отвечающее диагностической категории "мейджер депреши" (*PSM* 111 R). По модели гуманной структорологии оно характеризуется дефицитной агрессией, дефицитным страхом и нарциссизмом, дефицитным отмежеванием наружу и, главным образом, жестким, деструктивным отмежеванием вовнутрь. Такая, в общем, дефицитная идентичность (и агрессия) проявляется в виде "внутренней пустоты — не действовать, не реагировать, неспособностью к контакту и к отношениям, "отсутствием потребностей, желаний и фантазий, ...подхода к собственному несознательному". Деструктивно — жесткое отмежевание вовнутрь служит "последним бастионом" для защиты от дезинтеграции личности, от самоубийства. Первичная группа н. больного человека характеризуется, прежде всего, дефицитной социальной энергией.

Невроз

В смысле гуманной структурологии невроз (н.) проявляется у довольно интегрированной и функционирующей личности, которая, однако, повреждена в отдельных областях восприятия и поведения с "более или менее серьезным ограничением психических функций". Из-за поврежденного отмежевания невротик страдает поврежденной способностью к вытеснению непреодолимых эдиповских конфликтов. На скользящем спектре психических заболеваний (спектральная теория) н. находится как более стабильная структура Я между "здоровой" и "архаично больной" структурой. В терапевтической практике это понимание поддерживается наблюдением, что успешная терапия психически больных, больных бордерлайн или психосоматически заболевших пациентов может привести к н. Благодаря своего в "принципе когерентного и функционирующего Я", страдающий неврозом пациент, в отличие от архаичного больного Я (архаичные болезни Я), "может испытывать свои симптомы как Я — чужие". Его сопротивление направлено на осознание ставших несознательными конфликтов групповой динамики семьи в раннем детстве", что можно преодолеть на основе эдиповского переноса в психоаналитической терапевтической ситуации.

Невербальные (нонвербальные) формы терапии

К применяемым в Динамической психиатрии н. относится разработанная Аммоном с 1982 г. гуманструктуральная терапия танцем, как и терапия музыкой, искусством, верховой ездой и театром. Наряду с отдельными специфическими признаками они имеют общим то, что в них используются средства, которые расположены вне области речи, позволяя человеку собственную архаичную коммуникацию. Для многих пациентов, особенно с архаичными заболеваниями Я, которые имели повреждения в области речи (недосягаемые н. представляют собой существенно важную часть терапии и разрешают поддержку (во многих случаях мало используемых) конструктивных способностей пациентов. Они имеют интегрирующее и социально-энергетически стимулирующее воздействие (например, терапия танцем, музыкой или театром), у боязливых пациентов они могут установить контакт и понизить уровень боязни (например, терапия музыкой или верховой ездой), и они поощряют воображение. У больных с архаическим Я, заболевание которых всегда связано с тяжелыми повреждениями телесности и сексуальности, телесный аспект невербальных форм терапии н. имеет большое значение. При этом важно, чтобы н. через языковые средства также вербально зафиксировались в группе, их надо точнее называть, "в первую очередь невербальные" терапии. Я. в рамках гуманструктурологической терапии применяются не отдельно, а как часть терапевтической сети вербальных и невербальных форм терапии программы лечения. В динамико-психиатрической клинике практикуется интеграция на уровне терапевтического коллектива в виде совместных контрольных групп, супервизионных заседаний, больших групп, в которых участвуют все пациенты клиники, и, особенно, в рамках так называемых кейс-конференций, на которые собираются все сведения о пациенте с учетом феноменов отображения и Балинта.

Недосягаемые

Получившие в раннем детстве тяжелые нарциссические повреждения люди, которые кажутся неспособными к более глубокому человеческому контакту. Речь идет о больных со структурой бордерлайн с "неутолимым патологическим, нарциссическим чувством, с дырой в нарциссическом ядре личности", лечение которых особенно сложно из-за большого нарцисси-ческого сопротивления, страха перед страхом, молчания в группах с делегацией ярости и тенденцией к обольщению. Важные требования к терапевту недосягаемых (н.) — эмпатия и понимание экстенционального страха пациента, поддержка конструктивных и живых долей и использование (невербальных) форм терапии.

Образ человека

Образ человека (о.) —центральное основное понятие, придающее, как красная нить, любому терапевтическому старанию цель и направленность. "Только тот, кто обладает пониманием не только здорового развития человека, но также пониманием разнообразных сторон человеческого бытия и пока не исчерпанных возможностей человека, начиная с сексуальности до работы, с искусства до религии и философии, может надеяться, что он сможет помочь больным людям найти собственную, по настоящему человеческую идентичность". О. представляет собой существенную часть гуманструктуральной концепции (гуманструктурология), так как она понимает "человека как единое целое, многомерно рассчитанное во всех душевных, духовных и телесных отношениях, в его здоровых и больных долях и в развитии его идентичности". Он включает в себя развитие как "непрерывный процесс, начинающийся с рождения и кончающийся смертью". О. и образ жизни терапевта конкретизирует его отношение к этике и являются за пределами любой терапевтической методики существенными факторами для эффективности терапии.

(Психоаналитическая) терапия в среде

Терапия в среде (т.)—психотерапевтический способ лечения, возникший "из последовательного расширения психоаналитической стандартной ситуации". Она является дальнейшим развитием труда Эрнста Зиммеля, Карла и Уиллиама С. Меннингера. Т. резко отличается от трудовой терапии, в которой на

аспекты групповой динамики, на несознательные процессы и их использование для терапии внимания не обращается. Т. представляет собой “попытку понять и соответственно встречать проблемы тех пациентов, тяжелое повреждение Я которых не дозволяет им делать собственное поведение сюжетом зарефлектированных наблюдений и которые также неспособны получить доступ к собственному поведению и собственным конфликтам с помощью терапевтической группы, представляющей бывшую и настоящую ситуацию их жизни”. Поэтому она показана как важная часть терапии особенно у пациентов с архаичными болезнями Я. “Здесь терапия должна пойти на шаг дальше от символического изображения ситуации жизни терапевтической группой к настоящему изменению актуальной жизненной ситуации путем перенесения в терапевтическую среду, охватывающую жизненную ситуацию пациента как во временном аспекте, так и в аспекте пространства. Жизненная и терапевтическая ситуация сливаются”. Таким образом, “почти все жизненные выражения пациента становятся доступны наблюдению и толкованию”. Пациенты несознательно повторяют их роль в групповой динамике первичной группы и реагируют на свою патологию в рамках патологического принуждения повторения. Поэтому т. под руководством хорошо обученных специалистов по терапии в среде представляет собой важный инструмент для того, чтобы понять и лечить пациентов с тяжелыми повреждениями Я. Сначала терапевты и другие пациенты принимают на себя важные функции Я пациента, которые он несознательно делегирует им, кроме того, поле терапии в среде дает пространство для переносов, которое “свободно от патогенной динамики первичной группы и которое на основе этого реагирует на поведение пациента не враждебно-деструктивно, а с пониманием и с желанием защититься”, так что оно представляет не только возможность сплошного повторения, но также “возможность новых переживаний в смысле наверстываний” и может “часто впервые дать больному возможность ощутить чувство удачи и положительно воспринять собственное существование”. “Таким образом, можно создать основу чувства Я, на которой он постепенно может акцептировать вербальное аналитическое толкование своего поведения и своих конфликтов и работать над этими толкованиями”. Т. представляет группово-динамическое и социально-энергетическое поле, которое сплетено с общим полем амбулаторной или стационарной терапии с ее разнообразными возможностями вербальных форм терапии (индивидуальная и групповая терапия) и, в первую очередь, невербальных форм терапии (как терапия танцем, музыкой, театром, верховой ездой, искусством и т. д.). Центральное значение имеет осуществление и использование конструктивных долей Я, талантов и способностей человека в рамках т. Группа пациентов в рамках т. выбирает и выполняет реально осуществимые проекты (в первую очередь художественные, строительные или комбинированные проекты, но всегда со смыслом для группы или клиники). Здесь пациент может использовать свои способности для того, чтобы испытывать собственную творческую силу как средство для межчеловеческого контакта, для признания со стороны группы и для укрепления самочувствия. Терапевтическое поле т. имеет временные и пространственные границы. Т. в виде экстрамуральной терапии в среде успешно проводится вне клиники или в рамках амбулаторной терапии.

Психосоматика

Динамическая психиатрия различает психосоматику (п.) как болезнь и п. как структуру. Психосоматические заболевания, по нашему мнению, представляют собой не только так называемые “классические” психосоматические заболевания как asthma bronchiale, colitis ulcerosa или ulcus duodeni, но и каждое соматическое, а также часть травматических заболеваний, если понять тело и психику, т. е. первичные, центральные и вторичные гуманные функции как разные аспекты одного целого. Психосоматические заболевания не типичны для лиц с психосоматической структурой, но часто встречаются у пациентов с другой структурой (прежде всего со структурой бордерлайн и навязчивой и манической структурой). П. с точки зрения структуральных заболеваний относится к архаичным заболеваниям Я. Первичная группа психосоматически структурированного человека характеризуется холодностью чувств, доминирующим поведением, эмоциональной заброшенностью и неспособностью адекватно реагировать на попытки отмежевания ребенка. Эмоциональное внимание ребенок получает в результате физического заболевания или возникновения симптомов. Структурально манифестировавшиеся деструктивно-дефицитные— групповая динамика и социальная энергия — проявляются в виде тяжелого дефицита (“дыра в Я”) в центральном ядре личности. Эта дыра “заполняется психосоматическим заболеванием, которое становится как бы заменительной идентичностью больного. Итак, гуманструктуральная терапия п. как и терапия шизофрении и синдрома бордерлайн должна быть терапией идентичности, должна содействовать приращению и стабилизации структуры личности в несознательном своем ядре. Терапия симптома обозначает совместное агирование и не ведет к лечению, а лишь перемещает симптомы по направлению другого возможного заболевания или психоза (как, например, так называемая “форсированная нормализация” в рамках симптоматической терапии бронхиальной астмы или эпилепсии). По структуре п. тесно сплетено с психозом и с депрессией в смысле спектральной теории. Из-за неспособности к вербальной коммуникации, конкретистского повреждения мышления (“pensee operatoire” Парижской школы психосоматики) и из-за сложной эмоциональной доступности (алекситимия по Сифнеозу) пациента в рамках терапии п. особенно важны невербальные способы терапии, интегрированные в групповую психотерапию в гетерогенно составленной группе.

Психозы

Тяжелые архаичные болезни Я, которые “характеризуются неспособностью пациентов различать внешний и внутренний мир. Последствие этого — довольно существенная потеря реальности, связанная с содержательными и формальными помехами в мышлении, в аффектах, в поступках и с потерей контроля. В отличие от невротической реакции здесь речь идет не о градуальном ограничении психических функций, а о качественно измененных психических структурах в смысле более или менее серьезной дезинтеграции личности”. В соответствии с задержкой в раннем детстве развития структуры личности как последствия деструктивно-дефицитной групповой динамики и социальной энергии, в первичной группе различаются клинические формы шизофренического психоза и нарциссттической депрессии со скользящими переходами в рамках скользящего спектра психических заболеваний (спектральная теория).

Сексуальность

Сексуальность (с.) по Аммону представляет собой одну из укоренившихся в несознательном человеке центральных гуманных функций, проявление которой “всегда тесно связано с данной концепцией идентичности человека”. Как центральная гуманная функция с. находится в органической взаимосвязи с остальными гуманными функциями, т. е. с агрессией, со страхом, с нарциссизмом, с отмежеванием наружу и внутрь и с телесным Я. В согласии с этим, ее развитие определяется группово-динамическими условиями, и она проявляется в группово-ди-намических условиях партнерства и группы. Конструктивная с. всегда включает в себя настоящий контакт, настоящее отношение, которое основывается у партнеров на чувствах любви, т. е. заботы, теплоты, преданности и совместной ответственности. Конструктивная с. имеет момент шутливости, воображения и творческой силы в обращении с собственной эротикой, она свободна от зафиксированных половых ролей и клише. Деструктивная с, наоборот, отщеплена от аспекта идентичности, контакта и партнерства, она служит средством для достижения цели. Ее варианты — садомазохизм, эксгибиционизм, фетишизм, проституция и т. д. — имеют зафиксированные, аутистские черты мании и приводят к ранениям, к деградации и к разрушению себя. Они не обладают аффективным моментом сексуальной встречи. Дефицитная с. носит характер освоенного запрета на жизнь и проявляется в виде отсутствующей или симбиотически лишенной силы воображения с. Она часто связана со страхом перед контактом и прикосновением, с дефицитной агрессией и дефицитным нарциссизмом и может принимать формы импотентности, фригидности или отказа от с.

Симбиотческий комплекс

“Освоенная, ушедшая в несознательное, конфликтная ситуация в отношении к преэдиповской матери (и первичной группе), которая на основе собственных неосознанных потребностей не может дозволить ребенку отмежевание собственной идентичности. Впоследствии возникают структуральные дефекты в образовании границ Я и функций Я (гуманные функции). Неразрешенный симбиотический комплекс (с.) определяет возникновение симптомов (и психогенезис) архаичных болезней Я”.

Симптом

“Стереотип поведения и переживания”, часто в виде принуждения повторения несознательно и коммуникативно направлен на окружающую группу как информация или призыв. Символически с. представляет (например, в случае невроза или психосоматики) “недостаточно обороняемый конфликт”, выражая “как обороняемую потребность, так и обороняемую тенденцию”. В виде манифестации архаичных болезней Я он носит структуральный характер замены идентичности (псевдоидентичность) заполняющей “дыру в Я” и, тем самым, препятствует развалу личности в целом. Поэтому ориентированное на симптомы лечение только облегчает или перемещает симптом (symptomatic shift).

Синдром бордерлайн (заболевание бордерлайн)

Структура больного бордерлайн находится на скользящем спектре (спектральная теория) между невротической и психотической структурами личности. Синдром бордерлайн (с.) представляет собой все более распространяющуюся болезнь нашего времени, которая характеризуется “обществом бордерлайн”, не имеющим почти никаких обязательных ценностей, возможностей к идентификации и примеров для подражания, теряющим свою структуру и болеющим отсутствием идентичности. На основе структуры больного, бордерлайн (б.) находится в рамках архаичной болезни Я, повреждения несознательного ядра личности. Структура б. отличается от структуры психотического больного тем, что дефицитная идентичность (по Аммону “дыра в Я”) компенсируется довольно здоровым, то и дело избыточно компенсированным фасадом гуманных функций, т. е. способностей и талантов. Личность, которая снаружи выглядит “здоровее, чем здоровая”, несмотря на все конструктивные стороны, остается несинтегрированной и реагирует на требования идентичности, как, например, при разлучениях или ситуациях заброшенности, как при распущенном партнерстве или при шагах идентичности в профессиональной области, часто с психотической симптоматикой или депрессией. На уровне симптоматики у больных бордерлайн проявляются, при той же самой основной структуре, разные картины болезни, на переднем плане которых

могут находиться депрессия, паранойя, психосоматика, мания, навязчивость, истерия, преступность или деструктивная сексуальность, иногда в смысле “double” или “multiple personality”. Есть пересечения с “нарциссгическими повреждениями личности” (Кохут, Кренберг, Баттегаи) или с ранее названными психопатией (Шнайдер) картинами болезни. В ИСТА показываются дефицитные или деструктивные качества центральных гуманных функций при конкретистских, касающихся, прежде всего, левой гемисферы мозга, неисправностях мышления. Терапией Б. должна быть терапия идентичности, причем важную роль играют невербальные формы терапии и применение языка картин.

Социальная энергия

Концепция социальной энергии (с.) представляет собой один из фундаментов теории и терапевтической практики Динамической психиатрии. Она создает экономическую модель психической энергии, заменяющую интраиндивидуально-биологическое либидо Фрейда межчеловечески генерирующейся, зависящей от отдельных групп энергией. Таким образом, с. перестала быть психической константой, повинующейся как бы термодинамическим законам, а стала зависимой от актуальной групповой динамики и поэтому может изменяться. Итак, с. может быть, прежде всего, конструктивной, дефицитной (как в семьях депрессивных пациентов) или деструктивной (как в семьях шизофренически структурированных больных) или имеет смешанные формы. С. создает и изменяет структуру человека и манифестируется в гуманной структуре человека. На этой концепции базируются как этиологическое толкование архаично больных Я, так и терапевтическая практика Динамической психиатрии с возможностью наверстывающего развития Я (терапия идентичности) в терапевтической среде, предоставляющей больному, главным образом, конструктивную с. “Давать с. обозначает нечто иное, чем проявлять понимание, иметь интерес в других лицах и группах, связываться с другим человеком, сталкиваться с ним, принимать другого человека всерьез в его радостях, достижениях, интересах, а также в его заботах и трудностях. С. образуется в контакте, в плодотворном столкновении, в требованиях к идентичности, в требованиях и побуждении к действию, к делу, к принятию на себя задач.

Социально-энергетическое поле

По системной теории (фон Берталанффи) социально-энергетические процессы надо понимать не как сложение отдельных интеракций в группе, как бы в виде векторов (Курт Левин), а как энергетическое поле, подчиняющееся групповым, динамическим законностям. Оно обладает собственными тонкостями и качествами (конструктивным, дефицитным) (социальная энергия) и определяет род происходящих в нем процессов энергетического обмена.

Спектральная теория

Холистское понимание скользящего спектра психического здоровья и заболевания, базирующееся, в отличие от понимания единого психоза Целлер-Гризингера или от модели “степеней организационных расстройств, на структуральной основе личности. За здоровьем, как самой большой степени интеграции структуры личности по направлению к дезинтеграции и к самым большим структурным дефицитам, следуют невроз и архаичные болезни Я, бордерлайн, деструктивная сексуальность (“половое извращение”) и мания, психозы и психосоматика. Терапевтический опыт показывает, что в ходе успешного лечения шизофренический психоз может преобразоваться в заболевание бордерлайн и, позже, в невроз. Спектральная теория (с.) отменяет образ мышления в категориях и дуализм здоровый/больной и позволяет понимать психогенезис как процесс, а также изменяемость психического заболевания.

Страх

Страх (с.) как агрессия представляет собой центральную гуманную функцию, расположенную в несознательном ядре личности. С. имеет большое значение для того, чтобы справиться с реальностью, для контакта человека с самим собой, со своим несознательным и, тем самым, для контакта с другими лицами и группами. “Конструктивный с. делает человека человеком”. Конструктивный с. имеет важную сигнальную, защитную и ориентировочную функцию, например, при оценке опасности. С. делает человека способным устанавливать контакт с другими лицами, принимать помощь, справляться с разлучениями, границами, со смертью и, тем самым, далее развивать собственную идентичность. Дефицитный с, наоборот, обозначает невоспринимаемый самим собою страх, который приводит к тому, чтобы избежать столкновения с другими лицами, с пограничными ситуациями и с разлучениями и, в конечном итоге, столкновений с собственной идентичностью. Он всегда обозначает страх перед страхом. Он приводит к эмоциональной посторонности и поверхностным отношениям. Дефицитный С. может, как оборона от страха, служить основой для разных идеологий силы. Деструктивный С, например паника или неспособность к восприятию в опасных ситуациях, препятствует контакту с внутренней и внешней реальностью, например в виде разрыва контактов. Он проявляется в виде затопляющего страха без очерченной цели, грозящего дезинтеграцией Я, в виде страха перед контактом, близостью и прикосновением к другим лицам. Часто он сопровождается телесными реакциями— потением, тахикардией или головокружением. Психологический тест ИСТА охватывает три аспекта гуманной функции с. В то время как с. шизофренически реагирующего человека в основном представляет собой свободно плавающий, затапливающий, экзистенциальный с, С. у больного бордерлайн обозначает прежде всего с. перед ответственностью, контактом и отношениями. Одной из целей

гуманструктуральной терапии является превращение с. в конструктивную силу, т. е. восприятие его как нужного средства для развития человека. В общем, на с. можно смотреть как на двигатель развития идентичности,, ибо каждый новый шаг по направлению собственной идентичности связан с открытием границ Я и, тем самым, со страхом. Предел готовности терпеть страх также определяет возможность к изменениям в ходе терапии.

Структура Я (см. гуманная структура)

Творческая сила

По модели гуманной структуры творческую силу (т.) понимают как "центральную функцию Я, развитие которой не обоснована на отказ от инстинкта или подавление его, она, наоборот, питается облегчающей средой (facilating environment окружающей группы". Она не питается подавленной либидинозной энергией или агрессией, а она образуется "в связи со свободным развитием сексуальности и конструктивной агрессии". Т. охватывает такие области человеческого бытия, как мышление, поступки, профессия, цели, свободное время, межчеловеческие контакты, отношения, другими словами, весь образ жизни.

Телесное Я

Центральная функция Я — "психическое представительство собственного тела, которая становится исходной точкой для развития Я. Восприятие и исследование собственного тела, его функций и границ позволяет первое различение Я от не-Я внутри и вне, телесное Я (т.), с одной стороны, обладает функциональным аспектом, потому что оно относится к функциям тела и его координатам и, с другой стороны, аспектом идентичности, потому что оно относится к чувству и восприятию тела как одной уникальной, связанной единицы". При любой архаичной болезни Я т. и сексуальность повреждены, т. е. деструктивны (как в случае деструктивной сексуальности, так называемом сексуальном извращении) или дефицитны (как в случае пси-хотически больных). Комплексная, интегрированная гуманструктуральная терапия должна учитывать также аспект тела в рамках лечения. В первую очередь невербальные терапии, как терапия танцем, верховой ездой, музыкой, театром являются также телесными терапиями, потому что они используют язык тела как средство выражения и коммуникации.

Терапия идентичности

Терапия идентичности (т.) рассчитана на возможность наверстывающего развития гуманной структуры в смысле повторения и наверстывания в группе. "Гуманструктуральная терапия всегда должна быть терапией идентичности, которая может быть осуществлена путем требующих идентичности и поощряющего развития идентичности процесса обмена социальной, энергией в группах". "В центре любой т. поставлен вопрос, кем на самом деле является человек и кем он может являться. Понимание человеческого страдания на основе модели структуры Я (модель гуманной структуры) позволяет избежать поверхностной работы на фасаде личности, т. е. постройки лишь вторичных функций Я, остающихся в конечном итоге несинегрированными, что практикуется во многих формах терапии приспособления. Т. должна достичь человека в своем ядре, она обозначает постоянное столкновение с вопросом, кем является человек в группе, кем он может являться, и как он может жить с другими людьми.

Тест структуры Я по Аммону (ИСТА)

"ИСТА формулировался на основе гуманструктуральной теории" испытывался на клиническом опыте и используется для гуманструктуральной диагностики. С помощью отдельных значений шкал гуманных функций агрессии, страха, отмежевания Я внутрь и наружу и нарциссизма в конструктивном, деструктивном, дефицитном выражениях он пытается узнать качество и структуру гуманных функций в несознательной области личности" ИСТА представляет собой тест-анкету, "вопросы которого ставят испытуемого в ситуацию, в которой манифестируется несознательная структура Я в самооценке воображаемого поведения".

Треугольник сопротивления

Терапевтическое сопротивление, состоящее из агрессии, паранойи и сильно патологического нарциссизма, связанное с большим страхом перед контактом. Обработка треугольника сопротивления имеет решающее значение для лечения архаичных болезней Я.

Функции Я (см. гуманные функции)

Шизофрения (шизофренический психоз)

Аналогично случаю психосоматики можно отличать шизофренический психоз как болезнь или реакцию

(который может появляться, например, в рамках структуры бордерлайн или психосоматической структуры) от шизофренической структуры. В рамках гуманной структурологии шизофреническую структуру надо считать тяжелой формой архаичных болезней Я, которая обусловлена неудавшимся отмежеванием симбиоза в раннем детстве в группово-динамическом и социально-энергетическом отношении от прежде всего деструктивной первичной группы. Первичная группа шизофренически структурированного пациента характеризуется сводящей с ума динамикой "дабл-байнд" по отношению к ребенку. Из этого вытекает как результат воздействия групповой динамики первичной группы на центральное ядро личности, арретирование психического развития и структуры личности (гуманная структура) в смысле сильного дефекта ("дыра в Я) и дезинтеграционности, которые обороняются известными симптомами шизофрении (ш.). Из-за дефицитной гуманной структуры, особенно в центральном несознательном ядре личности, шизофренически структурированный пациент нуждается в вспомогательных функциях Я со стороны окружающей группы (партнера, родителей и т. д.) в виде заново восстанавливаемых симбиотических отношений. Они, например, предоставляют пациенту функцию отмежевания Я и связи с реальностью. Если они отпадают — в связи с заболеванием партнера или разлукой и т. д. — то страх перед заброшенностью и дезинтеграцией одолевает больного. Это может привести к тому, что сам больной или его окружение ищут помощи у врача, причем шизофреническая симптоматика имеет характер призыва и последней попытки отмежевания от дезинтеграции. К симптоматике шизофренически структурированного человека относятся тяжелые конкретистские повреждения мышления, мания преследования, саморазрушительная агрессия, колеблющиеся чувства и амбивалентность (Блойлер. Э.), повреждения телесной схемы и повреждения способности к сновидениям. В отличие от больных бордерлайн у шизофренически структурированных пациентов вторичные гуманные функции лишь малоразвиты или не могут служить опорой структуры личности, для того, чтобы он функционировал в реальности. Терапевтическая концепция лечения ш. в гуманструктуральном отношении соответствует структурному, группово-динамическому и социально-энергетическому пониманию болезни. Целью терапии является в первую очередь не лечение симптома, а построение дефицитной структуры личности в смысле терапии идентичности. Такое лечение может иметь место в динамично-психиатрической клинике, где проводятся интегрированные, выбранные для индивидуального пациента, вербальные и невербальные формы терапии. Важные моменты успешной терапии ш. — эмпатия терапевта и обработка деструктивной формы агрессии. Терапия заканчивается только успешной обработкой комплекса Эдипа.

Экстрамуральная стационарная терапия в среде

"Экстрамуральная стационарная терапия в среде (э.) представляет собой расширение окружения в рамках терапии в среде вне динамично-психиатрической клиники. Смена места, страны и ландшафта, другая ситуация, в которой будут находиться пациенты несколько недель, ... играют особенно важную роль". Так, э. "продолжает терапевтическую работу стационарной терапии, перемещая сосредоточенную на проектной работе терапию в среде в новое окружение и, тем самым, изменяя и обогащая ее новой, специфической характеристикой". Новая ситуация далеко от клиники у некоторых пациентов может привести к исчезновению переноса на клинику, которая часто несознательно вызывает чувства закрытой, тесной семейной группы". Кроме того, важные факторы э. — более тесное сожительство, чем в клинике, более тесные и интенсивные контакты, совместные цели и деятельность, больше ответственности друг за друга и за себя, открытость по отношению к духовным взаимосвязям, что для многих пациентов может стать поворотным пунктом в ходе терапии. "Э., по сути, отличается от повторно описанных в специальной литературе с начала 60-х годов форм терапии отпуском и путешествиями", у которых не хватает концептуализированной структурности экстрамуральной терапии и ее интеграции в общетерапевтический процесс, а также использования психопатологических и группово-динамических наблюдений отдельных пациентов в дальнейшей психотерапевтической работе. "В э. десять и более пациентов и три терапевтических руководителя (один врач и два специалиста по терапии в среде) работают и живут вместе в одной группе. Все покупки, приготовление еды, финансы, организация проектной работы и поездок, вечерние лекции производят пациенты под наблюдением руководителей. Центральной задачей группы в э. является планирование и исполнение одного или нескольких рабочих проектов, которые выполняются в ограниченных временных рамках э. По вечерам проводятся групповые заседания под терапевтическим руководством с чтением докладов на культурные, политические и духовно-исторические темы. Как групповая подготовка под руководством одного врача и двух вспомогательных терапевтов, так и заседания для подведения итогов и терапевтической обработки и интеграции прожитого проходят внутри клиники".

Этика

Основные концепции Динамической психиатрии: а) человеку органически свойственна изначально конструктивная агрессия; б) что человека надо понимать как существо, которое живет в группах и вносит свой вклад в эти группы — человек в любом возрасте принципиально способен изменяться и развиваться, болезнь надо понимать как ограничение, а не как исчезновение способности к развитию, болезнь и симптомы обозначают также призыв к окружающей среде больного для того, чтобы снова приобрести свою способность к развитию; в) что идентичность человека (тем самым, и здоровье) всегда включает в себя преследование вышепоставленных целей, имплицируют этику, которая находится в традициях гуманизма. По образу человека, которым руководствуется динамично-психиатрическая терапия, человек представляет

собой социально активного “homo politicus”, находящегося во взаимосвязи с другими людьми, с природой, с космосом и обладающего религиозностью в этимологическом смысле re-ligio. Динамическая психиатрия не признает поляризующий образ мышления и его последствия, насилие, и пропагандирует введение групповой динамики в целях гуманизации работы учреждений и политики. Она пытается установить связь с корнями истории и духовности. Терапия всегда обладает духовным аспектом, развитие идентичности и, тем самым, выздоровление больного нельзя представить себе без этической цельности терапевта. Как и социальная психиатрия Динамическая психиатрия определяет себя как гуманистическая наука лечения, содействующая общению людей между собой и, тем самым, миру.

Я

Аммон под влиянием Я-психологии Хартмана, Криза, Левенштейна и Рапапорта сменил топографическую модель инстанций “Я—Оно—Сверх—Я” Фрейда концепцией гуманной структуры. “Я. представляет собой нуждающуюся в развитии силу также в транcличном отношении. Оно не имеет ничего общего с традиционными понятиями об эгоизме и себялюбии”. Оно создает отношение и зависимость человека от группово-динамического (социально-энергетического) окружения на все продолжение жизни.

Я-отмежевание

Я-отмежевание (я.) является центральной гуманной функцией. В ходе своего развития ребенок строит собственные границы Я. Они ему позволяют “переживать чувство и сознание собственной идентичности, что обозначает отмежевание от мира фантазий, от окружающего мира, т. е. необходимость человеческого общения”. П. Федерн понимал я как место непрерывного психического переживания, т. е. чувства Я” как передвижную границу Я, отмежевывающуюся внутрь и наружу Я от не-Я. Конструктивное отмежевание внутрь обозначает восприятие и одобрение собственных фантазий, сновидений, мечтаний, боязней при способности отличать их от реальности. Конструктивное отмежевание внутрь гибко, оно регулирует границы между психическими процессами, сновидениями, рабочими и другими отношениями — оно позволяет невротическое вытеснение. Деструктивное я. — жесткое, замкнутое и обозначает недостаточный подход к собственному несознательному, недостаточную способность к сновидениям, бедность воображения и чувств, недостаточный подход к собственной истории. Контакты с другими лицами из-за этого деловые и формальные. Дефицитное я. внутрь обозначает негибкое открытое отмежевание, приводящее к затоплению сюжетами собственного несознательного, (дневными) мечтаниямии (бесплодными) размышлениями, к беззащитности перед чувствами и, тем самым, к безмерному воплощению чувств в реальность настоящего времени. Конструктивное я. наружу обеспечивает безопасность собственной личности от слияния или переидентификации. Оно обозначает отмежевание Я от не-Я, собственных чувств от чувств других людей, и, тем самым, способность к регулировке отношений, конструктивное преодоление проблематики симбиоза и автономность собственных решений. Деструктивное я. наружу обозначает жесткое отмежевание от других лиц и от окружающей группы, контактный барьер, который препятствует заинтересованному участию в других событиях. Дефицитное Я наружу обозначает неспособность к регулировке близости и дистанции в отношениях с другими лицами, с окружающим миром, неспособность различать Я и не-Я, сказать нет, оставаться в симбиозе с другими лицами. Я. вовнутрь и наружу можно измерить соответствующими шкалами ИСТА.

ЛИТЕРАТУРА

Alexander F., Ross H. (1952) Dynamic Psychiatry (Chicago: Univ. Chicago Press)
Ammon G. (1959/1977) Theoretical Aspects of Milieu Therapy (Berlin: Pinel-Publikationen).
— (1970) Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationeh).
— (1971) Freizeitgestaltung im Rahmen einer gryppendynamischen Arbeits-therapie. In: Praxis der Psychotherapie 3, 152—161.
— (1972) Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Be-riicksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. 5, 223—25L
— (1973) Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: H. Luchterhand).
— (1974a) Psychoanalyse und Psychosomatik (Miinchen: Piper).

— (1974b) Gruppendynamik der Kreativitat (Miinchen: Kindler).
— (1979a) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1 (Munchen: Ernst Reinhardt).
— (1979b) Das ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. In: Dyn. Psychiat. 12, 445—463.
— (1980) Dynamische Psychiatrie (Miinchen: Kindler).
— (1982) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (Munchen: Ernst Reinhardt).
— (1983) Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. 16, 169—187.
— (1984a) Die Unerreichten — Zur Behandlungsproblematik des Urnarzifimus. In: Dyn. Psychiat. 17, 145—164.
— (1984b) Das Konzept der Zeit und ihre Bedeutung fur die Behandlung: in der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. 17, 317—338.
— (1986) Der Mehrdimensionale Mensch (Munchen: Pinel).
— (1988a) Vortrage 1969—1988 (Munchen: Pinel).
— (1988b) Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenic in einem ganzheitlichen Krankheitsverhtandnis. In: Dyn. Psychiat. 21. 1—19.
— (1992) Neurose und Schizophrenie — Theoretische und klinische Erfahrun-gen und Konsequenzen. In: Dyn. Psychiat. 25, 147—164.
— (1993) Dynamic Psychiatry and Human-Structurology. In: Dyn. Psychiat. 26, 279—287.
Ammon G., Burbiel I. (1992) Grundzuge der klinischen Humanstrukturellen Therapie. In: Dyn. Psychiat. 25, 1—22,
Burbiel I., Fabian E., Etnmert Chr., Wolf rum G. (1989) KHnisch-psychologi-sche Effizienzuntersuchung bei der stationaren Behandlung von Borderline-Patienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. In: Dyn. Psychiat. 22, 343—366.
Burbiel I., Apfelthaler R., Fabian E., Schanne U., Seidler G., Wolf rum G. (1990) Die Effizienz stationarer Psychsstentherapie in der Klinik Menter-schwaige — KHnischpsychologische Untersuchungen. In: Dyn. Psychiat. 23, 247—301.
Burbiel I., Apfelthaler R., Fabian E., Schanne U., Wolfrum G, (1992) Statio-nare Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestische Untersuchung. In: Dyn. Psychiat. 25, 214—267.
Burbiel I., Vogelbusch W. (1981) Die Personlichkeitstheorie nach Gflnter Ammon ais Grundlage psychometrischer Untersuchungen. In: Dyn. Psychiat. 14, 16—37.
Fabian E., Schanne U. (1993) Die Extramurale Stationare Milieutherapie im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. 26,, 183—200.
Federn P. (1952) Ego Psychology and the Psychosis (New York: Basic Books).
Foulkes S. H. (1948) Introduction to Group-Analytic Psychotherapy (London: Heinemann).
Freud S. (1914) Zur Einfuhrung des NarziSmus. GW (S. Fischer), Bd. X,
Menninger K. (1938) The Vital Balance. The Life Process in Mental Health. and Illness (New York: Viking Press).

Гюнтер Аммон

ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Редактор Н. С. Рязанцева
Корректор К. П. Тарутина
Сдано в набор 25.10.95. Подписано к печати 07.02.96. Формат 60X90 $^{1}/_{16}$
Бумага тип. № 1. Печ. л. 12,5. Заказ № 962.
Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева
193019, С.-Петербург, ул. Бехтерева, 3.
ГППП-3. 191104, С.-Петербург, Литейный пр., 55.